

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO  
AUTOCUIDADO NO CONCELHO DA MAIA: Caracterização  
das necessidades da pessoa dependente

Dissertação

Pedro Gabriel João Fernandes

Porto | 2014



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO  
AUTOCUIDADO NO CONCELHO DA MAIA: Caracterização  
das necessidades da pessoa dependente

Dissertação

Dissertação académica orientada  
pelo Professor Doutor Abel Paiva e  
Silva e co-orientada pela Professora  
Maria do Carmo Rocha.

Pedro Gabriel João Fernandes

Porto | 2014



## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Abel Paiva e Silva por ter aceitado orientar esta dissertação, pela disponibilidade e por todas as suas orientações, durante este percurso.

À Professora Mestre Maria do Carmo Rocha por co-orientar esta dissertação pela sua disponibilidade, confiança e paciência.

Aos meus amigos pelo apoio afetivo e interesse em ajudar.

Aos meus colegas do grupo de investigação pelas discussões e aprendizagens, pela entreaajuda e pelos bons momentos que passamos.

Às famílias que participaram no estudo, por tornar possível a realização desta dissertação.

À minha esposa e aos meus pais pelo amor, compreensão e ânimo.

**A todos o meu mais profundo agradecimento.**



## ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção Geral de Saúde
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ESEP	Escola Superior de Enfermagem do Porto
ICN	Internacional Council of Nurses
INE	Instituto Nacional de Estatística
NIC	Nursing Intervation Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
TDACE	Teoria do Défice do Autocuidado da Enfermagem
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UNIESEP	Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto
p.	Página
<i>et al.</i>	E outros
Vol.	Volume
N.º	Número
Rx	Raio-X





## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	19
1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO.....	23
2. TEORIAS DE ENFERMAGEM E AUTOCUIDADO .....	31
2.1. Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem.....	31
2.1.1. A Teoria do Autocuidado .....	31
2.1.2. A Teoria do Défice de Autocuidado .....	33
2.1.3. A Teoria dos Sistemas de Enfermagem .....	33
2.2. Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson.....	34
2.3. Modelo Teórico de Roper, Logan e Tierney .....	36
2.4. A Pessoa com Dependência no Autocuidado .....	36
2.5. Definição dos Conceitos na CIPE .....	39
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	43
3.1. Justificação .....	43
3.2. Finalidade .....	45
3.3. Objetivos .....	45
3.4. Tipo de Estudo .....	46
3.5. Descrição do Instrumento de Recolha de Dados .....	46
3.6. Operacionalização das Variáveis.....	47
3.7. População e Amostra.....	52
3.8. Procedimento de recolha de dados .....	54
3.9. Técnica de Análise e Tratamento de Dados .....	55
3.10. Aspectos Éticos da Investigação .....	56

<b>4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>57</b>
4.1. Proporção de Famílias que Integram Dependentes no Autocuidado. .....	57
4.2. Caracterização das Famílias Clássicas que Integram Dependentes no Autocuidado.....	59
4.3. Caracterização da Pessoa Dependente, Tipo e Grau de Dependência por Autocuidado.....	62
 <b>5. CONCLUSÃO .....</b>	 <b>75</b>
 <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	 <b>81</b>
 <b>ANEXOS .....</b>	 <b>91</b>
ANEXO I: Formulário “Famílias que integram dependentes no Autocuidado”....	93

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização e operacionalização das variáveis centradas no alojamento .....	48
TABELA 2: Caracterização e operacionalização das variáveis centradas na família .....	48
TABELA 3: Caracterização e operacionalização das variáveis centradas na situação de saúde da pessoa dependente .....	49
TABELA 5: Caracterização e operacionalização das variáveis dependência .....	49
TABELA 6: Caracterização e operacionalização das variáveis da pessoa dependente por domínios de autocuidado .....	50
TABELA 7: Distribuição da população, cálculo da amostragem e amostra do estudo, por freguesia .....	54
TABELA 8: Proporção de famílias que integram dependentes no autocuidado por freguesia .....	58
TABELA 9: Caracterização dos agregados familiares quanto ao tipo de família....	59
TABELA 10: Caracterização dos rendimentos dos agregados familiares .....	60
TABELA 11: Caracterização dos agregados familiares quanto ao número de elementos que constituem a família .....	60
TABELA 12: Caracterização do edifício de alojamento dos agregados familiares..	61
TABELA 13: Caracterização do alojamento .....	61
TABELA 14: Caracterização do alojamento quanto à necessidade de reparações..	62
TABELA 15: Caracterização do alojamento dos agregados familiares quanto à área, número de divisões e coabitantes .....	62
TABELA 16: Caracterização da pessoa dependente, segundo: o sexo e a profissão	63
TABELA 17: Caracterização dos dependentes segundo o estado civil .....	63
TABELA 18: Caracterização dos dependentes segundo o nível de escolaridade....	64
TABELA 19: Caracterização da pessoa dependente quanto ao estado de saúde ...	64

TABELA 20: Caracterização dos dependentes quanto ao consumo de medicamentos .....	65
TABELA 21: Caracterização da dependência quando ao modo de instalação e duração em anos.....	65
TABELA 22: Caracterização dos dependentes por atividades no autocuidado - Tomar Banho .....	66
TABELA 23: Caracterização dos dependentes por atividades no autocuidado - Vestir-se e Despir-se .....	67
TABELA 24: Caracterização dos dependentes por atividades no autocuidado Arranjar-se.....	67
TABELA 25: Caracterização dos dependentes por atividades no autocuidado Alimentar-se.....	68
TABELA 26: Caracterização dos dependentes por atividades no autocuidado Uso do Sanitário .....	68
TABELA 27: Caracterização dos dependentes na atividade inerente ao autocuidado Elevar-se .....	69
TABELA 28: Caracterização dos dependentes na atividade inerente ao autocuidado Virar-se.....	69
TABELA 29: Caracterização dos dependentes por atividades no autocuidado Transferir-se.....	70
TABELA 30: Caracterização dos dependentes por atividades no autocuidado Usar Cadeira de Rodas .....	70
TABELA 31: Caracterização dos dependentes por atividades no autocuidado Andar .....	71
TABELA 32: Caracterização dos dependentes por atividades no autocuidado Tomar Medicação.....	71
TABELA 33: Síntese para cada um dos autocuidados .....	72
TABELA 34: Nível global de dependência .....	73

## LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

FIGURA 1: Procedimento de contacto.....	55
FIGURA 2: Apresentação das freguesias de acordo com a proporção de famílias que integram dependentes no autocuidado. ....	59
GRÁFICO 1: Distribuição das médias de scores por domínio de autocuidado .....	74



## RESUMO

Assistimos, atualmente, a sérias mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das sociedades mais desenvolvidas. O envelhecimento progressivo da população e o aumento da prevalência de doenças crónicas contribuem para o aumento significativo de situações de incapacidade e de maior vulnerabilidade. As famílias contemporâneas enfrentam desafios inquestionáveis no âmbito da saúde, nomeadamente quando um dos seus membros é dependente no autocuidado.

O papel do enfermeiro assume particular importância neste âmbito, dado que ele orienta a sua ação para atividades que contribuem positivamente para o bem-estar e qualidade de vida da pessoa/família.

A presente investigação procurou identificar as necessidades de autocuidado de pessoas dependentes inseridas no seu contexto familiar, no concelho da Maia.

Trata-se de um estudo de carácter quantitativo, do tipo exploratório e descritivo que teve como objetivos: a) Identificar a proporção de famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado no concelho da Maia; b) Caracterizar as famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado, quanto ao tipo de família, tipo de alojamento e condições socioeconómicas; c) Caracterizar as pessoas dependentes no autocuidado integradas em famílias clássicas no concelho da Maia; d) Caracterizar o tipo e grau de dependência por autocuidado das pessoas dependentes integradas em famílias clássicas no concelho da Maia.

A recolha de dados baseou-se na técnica da entrevista “porta a porta”, tendo-se recorrido, para o efeito, ao formulário - “Famílias que integram dependentes no autocuidado”. A amostra foi aleatória, probabilística e estratificada, em função do peso relativo de cada freguesia do concelho.

Foram inquiridas 1491 famílias, sendo que 125 (8,38 %) integravam pessoas dependentes no autocuidado, mas somente 98 aceitaram participar no estudo.

Concluimos que os 98 dependentes da nossa amostra necessitam de apoio nos vários tipos de autocuidado, com um score médio de 2,19 e um desvio padrão de 0,719, com uma pontuação mínima de 1 e um máximo de 3,60. De referir, ainda, que os dependentes em estudo são, na sua maioria, idosas do sexo feminino (72,2%) que necessitam da ajuda de uma pessoa, nomeadamente, na realização do autocuidado tomar banho e no autocuidado vestir-se/despir-se com médias de score de 1,72 e 1,90, respetivamente. Verificou-se, também, que o autocuidado Virar-se foi aquele que atingiu maior média de score de 2,94.

Os dados confirmam a emergência de uma problemática com implicações para a nossa prática.

Reabilitar e recuperar um dependente não só exige do enfermeiro o desenvolvimento de intervenções promotoras da autonomia, centradas na pessoa dependente, como também assistir as famílias nos seus processos de transição e de adaptação.

Palavras-chave: Autocuidado, Envelhecimento, Dependência, Família



## ABSTRACT

We are presently witnessing serious changes in the demographic and epidemiological profile of developed societies. The progressive aging of the population and the increasing prevalence of chronic diseases contribute to a significant increase in situations of disability and greater vulnerability. Contemporary families face undoubted challenges in health, particularly when one of its members is dependent on self-care.

The nurse's role is particularly important in this context, as he guides his action for activities that contribute positively to the well-being and quality of life of the person / family.

This research sought to identify the self-care needs of dependent persons entered in their family contexts, in the municipality of Maia.

This is a study of a quantitative character, of the type exploratory and descriptive aimed to: a) Identify the proportion of private households that integrate self-care-dependent people in the municipality of Maia b) Featuring the classic families that integrate dependent people in self-care: by the type of family, housing and socioeconomic conditions c) Featuring the dependent people in self-care integrated in classic families on the municipality of Maia; d) Featuring the type and degree of dependence for self-care of the dependent people integrated in classic families on the municipality of Maia.

Data collection was based on the interview technique "door to door", with recourse to a random sample, stratified probabilistic, depending on the relative weight of each county town.

1491 families were surveyed, of which 125 (8.38%) belonged dependents in self-care, however, only 98 agreed to participate in the study.

We conclude that our sample of 98 dependents are in need of support in various types of self-care, with a mean score of 2.19 and a standard deviation of 0.719, with a minimum score of 1 and a maximum of 3.60.

It should be noted that the dependent under study are mostly elderly females (72.2%) with support needs in the various types of self-care, including self-care and self-care bathing dressing / undressing with average score of 1.72 and 1.90, respectively. It was also found that self-care roll over in bed was the one who reached higher mean score of 2.94.

The data confirm the emergence of a problem with implications for our practice.

Rehabilitate and recover a dependent not only requires nurses to develop interventions promoting autonomy, focusing on the dependent person, but also assisting their families in transition processes and adaptation.

Keywords: Self-Care, Ageing, Dependency, Family

## INTRODUÇÃO

Em quase todos os países do denominado mundo ocidental, tem-se verificado um progressivo e constante aumento da esperança de vida e consequente envelhecimento da população.

O envelhecimento por mais ativo e bem-sucedido que seja, conduz, mais ano menos ano, a uma situação de dependência ou incapacidade, ou não fosse o envelhecimento “um processo dinâmico onde a capacidade e as resistências físicas vão diminuindo” (Costa, 1999, p.9).

Embora se considere que o envelhecimento traz quase sempre alguma situação de dependência, nem sempre as situações de dependência são exclusivas das pessoas idosas (Direção Geral de Saúde, 2006).

Para Orem (1995), uma pessoa dependente é aquela que necessita da ajuda de terceiros para sobreviver, ou seja, sozinha não tem capacidade para iniciar e realizar um conjunto de atividades em favor de si mesmo, necessárias para a manutenção da vida, saúde e bem-estar. Neste âmbito, surge a imprescindibilidade da ação do enfermeiro que, pelas suas intervenções, promove o autocuidado, reforça os sentimentos de autoeficácia do dependente e ajuda-o a manter ou melhorar a sua qualidade de vida. Em suma, promove a adaptação do dependente a sua nova situação de vida.

Em Portugal, os últimos dados demográficos do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2010) indicam que a esperança de vida em Portugal é de 76,3 anos para os homens e 82,4 anos para as mulheres, ultrapassando já a média dos países europeus que se situa em 74,7 e 81,5 anos respetivamente. Em 2011, o índice de envelhecimento era de 128 idosos por cada 100 jovens (INE, 2012) e prevê-se para 2048 a existência de 240 idosos por cada 100 jovens (INE, 2010).

Assistimos a um fenómeno com repercussões a nível da esfera social, psicológica e económica, não só para a pessoa dependente como também para quem dispõe do seu tempo para ajudar a cuidar da pessoa dependente (Araújo, Paúl, Martins, 2010).

A constatação desta realidade, ao longo do nosso percurso profissional, levou-nos a considerar necessário a avaliação das necessidades em autocuidado das pessoas dependentes que vivem com a família, pois consideramos que um diagnóstico mais preciso da situação contribui para a melhoria da assistência dos enfermeiros à pessoa dependente e à sua família.

Não nos podemos esquecer que neste âmbito os enfermeiros ocupam um lugar privilegiado, dado que procuram “ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (Regulamento n.º 125/2011, p.8658). Além disso, é também um desafio para os enfermeiros assistir o indivíduo, a família ou a comunidade a lidar com as transições que afetam a sua saúde (Meleis, 2010).

Considerando o exposto, foi elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), a presente dissertação, na área temática do autocuidado. Este estudo integra um trabalho de investigação mais amplo a ser desenvolvido por uma docente da ESEP, que tem como título “Dependência no autocuidado em contexto familiar - estudo exploratório de base populacional no Concelho da Maia”. A inexistência de dados concretos sobre as necessidades em autocuidado das pessoas dependentes, integradas na família, em Portugal, bem como a sua diferenciação por regiões, levaram-nos a proceder a um diagnóstico de situação da região da Maia que nos permitisse responder às perguntas de investigação:

- Qual a proporção de famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado no concelho da Maia?
- Quais as características das famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado no concelho da Maia, relativamente ao tipo de família, ao tipo de alojamento, às condições socioeconómicas?
- Quais são as necessidades em autocuidado das pessoas dependentes que integram as famílias clássicas do concelho da Maia?

O presente estudo será apresentado em quatro grandes capítulos. Inicia-se com a problemática do envelhecimento demográfico associado à dependência no autocuidado. O segundo capítulo compreende o enquadramento teórico, onde se efetua a clarificação de conceitos e se situa a temática de investigação nas teorias do Autocuidado. O terceiro capítulo enquadra metodologicamente a dissertação e descreve a forma como foi conduzida a investigação. Neste capítulo, destaca-se a finalidade e a pertinência do estudo, determina-se a população e a amostra, descreve-se o instrumento de colheita de dados e as circunstâncias em que ocorreu

a mesma. No quarto capítulo, apresentam-se os resultados, a análise e a discussão dos mesmos. Por último, sintetizam-se as conclusões obtidas nesta investigação bem como as suas principais limitações.



## 1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

A grande maioria dos países europeus tem sido confrontada com profundas mudanças sociodemográficas. O início do século XXI caracteriza-se pela crescente diminuição da natalidade e o progressivo aumento do envelhecimento (Zelevnik, 2007).

O envelhecimento da população é uma realidade na globalidade dos países desenvolvidos e revela ser um desafio social e económico da máxima importância para os Estados-Membros da União Europeia.

De acordo com o último relatório da União Europeia (2012) sobre o envelhecimento, é esperado que a população da União Europeia aumente de 502 milhões em 2010 para 517 milhões em 2060. Paralelamente, deverá envelhecer significativamente, estimando-se que 30% dos europeus tenham então, pelo menos, 65 anos. Estima-se ainda que nessa altura a esperança de vida à nascença seja de 84,6 anos para os homens e de 89,1 anos para as mulheres (Comissão Europeia, 2012).

Portugal partilha com os demais países da União Europeia um envelhecimento demográfico bastante acentuado. De acordo com os Censos 2011, a população portuguesa idosa (pessoas com 65 e mais anos) situa-se nos 19,15%, a população jovem (pessoas com 14 e menos anos) é de 14,89% e a esperança média de vida à nascença corresponde a 79,2 anos (Governo de Portugal, 2012).

De referenciar ainda, que o índice de envelhecimento em Portugal, em 2012, era de 127,8, verificando-se que, na Maia, em 2001 era de 59,5% passando para 83,8% em 2012 (PORDATA, 2013). Tendo em conta o índice de envelhecimento nacional, verificamos que a estrutura da população do concelho da Maia é bastante mais jovem.

A presença maioritária de mulheres (58%) no grupo etário dos 65 e mais anos comparativamente à dos homens do mesmo grupo (42%) é uma evidência bem patente de um processo de “feminização” do envelhecimento, observado na sociedade portuguesa desde 1900 (Governo de Portugal, 2012).

É claro que ao falarmos de envelhecimento não podemos deixar de referir as consequências que lhe estão associadas, pois, à “maior esperança de vida acresce o *envelhecimento dos envelhecidos*” (Governo de Portugal, 2012, p. 4), logo, múltiplas formas de viver a longevidade, tendo em conta as necessidades sentidas e as capacidades de satisfação e de autonomia.

De facto, a situação sociodemográfica portuguesa também se caracteriza por um aumento significativo dos índices de dependência dos idosos - 24,2% em 2001 para 28,8% em 2011 - e dos índices de dependência total - 47,8% em 2001 para 51,3% em 2011. Na Maia, o índice de dependência dos jovens - 24,1% é superior, comparativamente ao índice de dependência dos idosos - 19,2 % (PORDATA, 2013).

Segundo dados do Eurostat, Portugal é o segundo país da União Europeia “com as mais elevadas taxas da população idosa com limitações nas atividades da vida diária” (Carneiro *et al.*, 2012, p 26). Ao aumento do número de pessoas idosas dependentes corresponde uma necessidade crescente de cuidados de saúde e de assistência. Constitui-se, deste modo, como aspeto relevante de discussão a questão da dependência.

Entende-se por dependência, “uma situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária” (Decreto-Lei nº 101/2006, p.3857).

As situações de dependência não são exclusivas de um demarcado grupo etário, pois existem pessoas dependentes de todas as idades. No entanto, a maior prevalência verifica-se como é evidente, na população idosa (Nogueira, 2009).

Enquanto nas faixas etárias mais jovens, a dependência aparece na generalidade dos casos agregada a situações de deficiência congénita ou adquirida, no caso dos idosos, a dependência, é frequentemente uma consequência do processo gradual de envelhecimento humano (Nogueira, 2009).

Outro fenómeno a não esquecer quando abordamos os contextos de dependência e de envelhecimento, são as progressivas alterações da estrutura familiar.

A transferência gradual de um modelo de família alargada para um modelo atual de família nuclear condiciona em certa medida as redes familiares de apoio, incrementando o risco de situações de isolamento, situação que em Portugal é segundo Nogueira (2009, p.10) “ainda atenuada pelo peso tradicional das redes informais”. Em Portugal, bem como nos outros países do Mediterrâneo, os familiares são “o grosso dos cuidadores das pessoas idosas com dificuldades nas atividades da



vida diária” (Carneiro *et al.*, 2012, p. 51). De facto, está fortemente enraizada a responsabilidade em cuidar do familiar dependente, observando-se, por vezes, formas rotativas do cuidar em que o doente dependente é sucessivamente assistido por vários membros da família (Louro, 2009; Araújo, 2010). Na sociedade portuguesa, é frequentemente conferido o papel de cuidador a um elemento feminino, “ uma das principais razões que leva a que a maioria dos prestadores de cuidados seja mulheres tem a ver com a educação recebida e com a construção social das funções da mulher” (Imaginário, 2004, p.79).

Apesar das alterações verificadas na maioria das estruturas familiares portuguesas, continuam a subsistir em Portugal dois tipos de redes de suporte às pessoas que se encontram numa situação de dependência, as redes informais (a família, os vizinhos, ou amigos) e as redes formais (lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia ou centros de convívio).

A opção exclusiva pela rede formal está relacionada, segundo Nogueira (2009) não só com uma inexistente ou muito enfraquecida relação familiar, como também com situações de maior nível de dependência e consequentemente com um maior grau de exigência nos cuidados a prestar.

A existência de um membro da família dependente no autocuidado implica uma reorganização das interações familiares. Uma mudança num dos membros do sistema familiar produz transformações nos outros membros, que deve levar a um novo equilíbrio, embora distinto do anterior. É necessário que cada membro familiar se adapte à nova situação/crise, aceitando os limites e assumindo as responsabilidades implícitas no processo (Araújo e Santos, 2012). Assim, torna-se importante promover a saúde da unidade familiar como um todo, identificar os seus recursos e potencialidades.

De acordo com um estudo desenvolvido por Araújo (2010), cuja amostra intencional foi de 108 famílias de uma região norte de Portugal, as famílias com idosos dependentes são maioritariamente nucleares e envelhecidas, com uma rede social de apoio desajustada. A análise ao agregado familiar revelou que habitualmente o cuidador e o idoso vivem juntos e, na sua grande maioria, são cônjuges.

Para Carvalho (2009, p. 78), a estrutura familiar tem vindo a transformar-se, assistindo-se “à passagem do predomínio das famílias múltiplas e extensas para as famílias tendencialmente formadas por um só núcleo (...)”

Efetivamente, os dados do INE para os anos 2001 e 2011, revelam uma diminuição no número das famílias com 3 (25,2% para 23,9%) e 4 pessoas (19,7% para 16,6%) e um incremento no número de famílias com 2 pessoas (28,4% para 31,6%).

Esta evidência está patente nos estudos desenvolvidos por Leonardo (2011), Martins (2011) e Pereira (2011), em famílias que integram pessoas dependentes no domicílio. Não só verificaram que as famílias são maioritariamente clássicas com apenas um núcleo, como também concluíram que estas famílias vivem com rendimentos que se situam entre os 501 e 2000€ (Leonardo, 2011; Martins, 2011; Pereira, 2011), residem num edifício do tipo moradia (Leonardo, 2011 e Pereira, 2011) ou apartamento (Martins, 2011), com necessidade de pequenas reparações (Leonardo, 2011; Martins, 2011; Pereira, 2011).

De acordo com Carneiro *et al.* (2012), os dados do Instituto Nacional de Estatística indicam um elevado risco de pobreza para as famílias que integram um adulto com 65 ou mais anos comparado com a população em geral. Segundo os mesmos autores, estima-se que nos agregados familiares constituídos por, pelo menos, 2 adultos sendo pelo menos 1 deles, idoso, os gastos mensais ascendem aos 1 413 Euros, sendo 484 Euros despesas de habitação, 236 Euros despesas de alimentação e 141 Euros despesas de saúde. Neste caso, importa realçar que “a taxa de risco de pobreza corresponde à população com rendimento anual inferior a 5 207 Euros ou seja 434 Euros/mês” (Carneiro *et al.*, 2012, p.74).

Assim, o retrato social vigente espelha um fenómeno complexo onde múltiplos fatores de risco, “a privação acentuada dos elementos básicos para uma vida longa e saudável, incluindo a falta de alimentação adequada, carência de habitação e vestuário, baixa escolaridade, (...) falta ou pouco acesso a serviços de saúde, (...) entre outros aspetos”, conduzem a necessidades acrescidas de serviços de saúde e de bem-estar (Carneiro, *et al.*, 2012, p.74).

Os fatores socioeconómicos encontram-se associados a múltiplos indicadores de perda de funcionalidade/incapacidade, tendencialmente mais frequente nas pessoas com menor nível de rendimento e escolaridade. Pior estatuto socioeconómico pode conduzir a uma maior prevalência de comorbilidade e de sintomatologia múltipla (Almeida, 2009).

No estudo desenvolvido por Branco e Paixão (2008, p.21), com objetivo de estimar “a proporção de pessoas com necessidade de cuidados continuados”, 25,4% das famílias inquiridas refere que o motivo para o internamento do familiar dependente era “não ter disponibilidade económica” e 23,7% “não saber prestar os cuidados necessários”. Quanto aos principais motivos, invocados pelos inquiridos, 69,2% menciona “a falta de disponibilidade relacionada com o padrão de vida existente” e 59,1% “não ter ajuda ou não conseguir cuidar sozinho”. Os dados alertam para a necessidade de encontrar mecanismos adequados para ajudar as famílias a cuidarem dos seus doentes dependentes em contexto domiciliário.

Quanto à proporção de famílias que integram dependentes no domicílio existem algumas investigações que nos fornecem alguns dados de interesse para este estudo. Numa pesquisa desenvolvida com 2115 famílias do concelho de Paços de Ferreira, Leonardo (2011) e Pereira (2011) verificaram que a proporção de famílias que integram dependentes no domicílio é de 11,7%. Por sua vez, o estudo desenvolvido por Martins (2011), com uma amostra de 2551 famílias, determinou que a proporção de famílias que integram dependentes no concelho de Lisboa é de 7,95%.

A pesquisa efetuada permitiu-nos delinear o perfil do dependente no autocuidado que está integrado na família: mulher idosa (Araújo, 2010; Leonardo, 2011; Martins, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Silva, 2011), casada ou viúva (Araújo, 2010; Leonardo, 2011; Martins, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Silva, 2011), reformada (Leonardo, 2011; Martins, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011), sem ou baixa escolaridade (Leonardo, 2011; Martins, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011), polimedicada devido a doença crónica (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011), com dependência elevada (Thober *et al.*, 2005, Araújo, 2010; Martins, 2011), de instalação gradual (Leonardo, 2011; Martins, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Silva, 2011), nomeadamente nos autocuidados: higiene (Thober *et al.*, 2005; Araújo, 2010), subir escadas (Araújo, 2010), vestir-se (Thober *et al.*, 2005) transferir-se (Thober *et al.*, 2005; Martins, 2011) elevar-se e virar-se (Martins, 2011).

A análise e a reflexão aos dados mais relevantes dos respetivos estudos (Thober *et al.*, 2005; Araújo, 2010; Leonardo, 2011; Martins, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011) confirmam que “as exigências na qualidade nos cuidados de saúde deverão abranger a promoção dos processos de preservação e promoção da autonomia dos clientes, bem como assistir as famílias a tomar conta dos seus dependentes” (Martins, 2011, p. IV)

A carência de cuidados de saúde às pessoas idosas com dependência funcional, aos doentes com patologia crónica múltipla e às pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida é assumida no Decreto-Lei nº. 101/2006 assim como, é considerado que as respostas sociais e de saúde “devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças (...), simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações (...)” (Decreto-Lei nº. 101/2006, p.3856). Assim, é implementado, em 2006, a rede de cuidados continuados integrados, responsável por operacionalizar um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, para

promover a autonomia e melhorar “a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (Decreto-Lei nº. 101/2006, p.3857).

Os cuidados continuados integrados iniciam-se após a alta hospitalar e pretendem garantir a continuidade de cuidados ou em unidades de internamento alternativas ao hospital, ou no domicílio do doente, sendo neste último caso, o apoio efetuado por equipas de saúde multidisciplinares e resultantes da articulação entre os centros de saúde e a segurança social (Nogueira, 2009).

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), é uma tipologia de resposta da RNCCI, de âmbito exclusivamente domiciliário. É definida no Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho como uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

Os utentes assistidos nas ECCI são pessoas com necessidade de cuidados de saúde e apoio social de complexidade e/ou intensidade muito elevada. Neste sentido, as ações terapêuticas das ECCI visam promover:

- A reabilitação, readaptação e reintegração social precoce do dependente;
- O ensino, instrução e treino de competências e habilidades, dos familiares e cuidadores;
- O conforto e qualidade de vida do dependente, mesmo em situações irrecuperáveis.

Segundo Carneiro *et al.* (2012, p.218),

*a capacidade de assistência domiciliária, (ECCI) teve um crescimento muito significativo (85,8%), passando a dispor de 7 332 lugares a que corresponde a 376 lugares por 100 000 habitantes. Este valor é superior ao número de camas do RNCCI por 100 000 habitantes que é de 287, tendo assim um contributo muito significativo para o total de lugares do RNCCI que é de 12997.*

No que diz respeito ao concelho da Maia, é servido por duas Equipas de Cuidados Continuados Integrados, ECCI do Castelo da Maia e a ECCI de Águas Santas. A ECCI de Águas Santas tem como área de abrangência as freguesias de Folgosa, S. Pedro de Fins, Águas Santas e Pedrouços. As restantes 13 freguesias estão adstritas à ECCI do Castelo da Maia.

No ano de 2012 a ECCI do Castelo da Maia teve uma taxa de ocupação de 83,7% com 79 altas e 17 óbitos, e a ECCI de Águas Santas uma taxa de ocupação de 76,1% com 71 altas e 5 óbitos, (ARS Norte, I.P, 2013).

Os cuidados continuados no domicílio constituem-se como um novo paradigma do cuidar, com maior enfoque no bem-estar do cliente, inserido no seu meio e na sua família. Atualmente a taxa média de ocupação das ECCI da região norte situa-se nos 57,2% (ARS Norte, 2013).



## 2. TEORIAS DE ENFERMAGEM E AUTOCUIDADO

Reconhecendo que o conceito de Autocuidado tem evoluído ao longo dos tempos e sendo este um fenómeno complexo e multidimensional, procuraremos de seguida apresentar o conceito de autocuidado numa perspetiva concetual com referência à teoria geral de enfermagem de Dorothea Orem, à teoria das necessidades humanas fundamentais de Virgínea Henderson, ao modelo de Enfermagem proposto por Roper, Logan e Tierne e ainda recorrendo à classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

### 2.1. Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem

A teoria geral de Enfermagem de Dorothea Orem surgiu nos finais dos anos 50 do século XX em que o conceito central é o autocuidado. Com efeito, a primeira publicação foi em 1959 mas, só na década de 70, através do trabalho realizado pelo *Nursing Development Conference Group*, é que a concetualização do autocuidado foi formalmente validada (Orem, 1993).

É composta por três teorias que se inter-relacionam: a Teoria do Autocuidado; a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem 1993, 1995).

#### 2.1.1. A Teoria do Autocuidado

Os conceitos principais desta teoria são: *autocuidado*, *atividade de autocuidado* e *requisitos do autocuidado*.

Dorothea Orem (1993, 1995) define o autocuidado como função humana reguladora que os indivíduos têm deliberadamente de desempenhar por si próprios ou que alguém execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar.

*O autocuidado* tem de ser aprendido e executado intencionalmente e continuamente em conformidade com as necessidades de cada pessoa. É uma ação aprendida através das relações interpessoais e da comunicação ao longo do nosso crescimento e desenvolvimento.

A *atividade de autocuidado*, como ação, traduz a capacidade do indivíduo conseguir ou não realizar as atividades de autocuidado, assim para Orem (1993, 1995) a pessoa que consegue sozinha realizar as ações do autocuidado é denominada de agente de autocuidado; quando a pessoa não tem capacidade de autocuidado é denominado de agente dependente de cuidados.

*Os requisitos de autocuidado* são ações desenvolvidas pelos indivíduos, ou para os indivíduos, com o objetivo de controlar os fatores que afetam o funcionamento e o desenvolvimento humano (Orem 1993, 1995):

- Requisitos de Autocuidado universais. Estes requisitos de autocuidado são frequentemente designados por “Necessidades Humanas Básicas”. São comuns a todos os seres humanos durante todos os estadios do ciclo de vida. Adaptam-se à idade, ao estadio de desenvolvimento, ao ambiente e a outros fatores. São exemplos: o aporte suficiente de ar, água e alimentos; manutenção do processo de eliminação; manutenção do equilíbrio entre o descanso e a atividade; preservação do equilíbrio entre a solidão e a interação social, prevenção de acidentes e promoção de segurança, entre outros.
- Requisitos de Autocuidado de desenvolvimento. Estão associados aos processos humanos de desenvolvimento e às condições/eventos que ocorrem durante os vários estadios do ciclo de vida. Importa, neste contexto, promover os processos de desenvolvimento saudáveis durante o ciclo de vida (fetal, infância, adolescência, estado adulto e idoso) e, ao mesmo tempo, prevenir condições desfavoráveis que possam afetar esse desenvolvimento (condições opressivas de vida, privação de educação, desporto, lazer).
- Requisitos de Autocuidado por desvio de saúde. Estes requisitos existem para as pessoas que estão doentes ou incapacitadas por doença, lesões, desfiguração ou tratamento e que não conseguem, por este motivo, satisfazer as suas necessidades de autocuidado.



### *2.1.2. A Teoria do Défice de Autocuidado*

Segundo esta teoria, todo o ser humano adulto e saudável tem capacidade de se autocuidar. No entanto, nem sempre essa capacidade de autocuidado é suficiente para ultrapassar os problemas de saúde. Daí, por vezes, ser necessária a intervenção de outras pessoas, familiares, vizinhos, amigos ou profissionais de enfermagem, que ajudem o indivíduo a superar as suas limitações parciais ou totais, no exercício do autocuidado (Taylor, 2004).

Os défices de autocuidado podem ser completos ou parciais. Um défice de autocuidado completo indica que não existe capacidade para satisfazer as necessidades de autocuidado. Os défices parciais podem ser extensos ou podem limitar-se a uma incapacidade de satisfazer um ou vários requisitos de autocuidado, dentro das necessidades de autocuidado (Orem 1993,1995).

São denominadas necessidades de autocuidado a quantidade e o tipo das ações que a pessoa realiza ou deveria realizar num determinado tempo, para conseguir atingir os objetivos/requisitos. Podem ser necessidades de autocuidado completas ou parciais e quando identificadas pelos enfermeiros passam a designar-se por défice em autocuidado.

O reconhecimento do défice permite não só ao enfermeiro compreender o papel da pessoa no autocuidado como também delinear a sua intervenção, adequando os métodos de auxílio ao défice identificado.

Neste processo, os enfermeiros devem incentivar a participação do agente dependente e ajudá-lo através dos cinco “métodos de ajuda” identificados por Orem: “Agir ou fazer para outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; ensinar” (Orem, 1995 citado por Duque, 2009, p.36).

### *2.1.3. A Teoria dos Sistemas de Enfermagem*

Os *Sistemas de Enfermagem* são sequências de ações intencionais, desempenhadas por enfermeiros com o objetivo de compensar o desequilíbrio do agente dependente em autocuidado.

De acordo com a teoria dos Sistemas de Enfermagem, os enfermeiros utilizam sistemas de enfermagem distintos em função das necessidades em

autocuidado evidenciadas. Dorothea Orem (1993, 1995) descreve três sistemas de enfermagem:

- Sistema totalmente compensatório, em que a pessoa não tem nenhum papel ativo no seu autocuidado, ou seja, necessita que todos os cuidados sejam assumidos pelos enfermeiros.
- Sistema parcialmente compensatório, em que a distribuição das atividades de autocuidado é repartida entre o enfermeiro e a pessoa que mantém uma determinada capacidade em efetuar algumas ações de autocuidado.
- Sistema de apoio educativo e de desenvolvimento, em que a pessoa consegue realizar todas as ações de autocuidado, mas necessita da supervisão do enfermeiro para as realizar de forma adequada.

Em síntese, o conceito de autocuidado estrutura-se, na teoria geral de enfermagem de Orem, como um pilar central de reflexão e de relevância para a prática de Enfermagem. Tem vindo a adquirir notoriedade entre os profissionais de enfermagem que fazem investigação, pois consideram-na fundamental para uma assistência de qualidade (Grando, 2005; Su, Songwathana e Naka, 2006; Valente, Barbosa e Teixeira, 2008; Martín *et al.*; 2010; Rangel, Hernández e García, 2010).

## **2.2. Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson**

Phaneuf (2001, p. 36) define o modelo conceptual de Virgínia Henderson como a “organização conceptual dos cuidados de enfermagem, baseada no conhecimento e na satisfação das necessidades da pessoa em referência ao desenvolvimento ótimo da sua independência.”

O modelo conceptual de Virgínia Henderson assenta nos seguintes pressupostos, relacionados com os quatro conceitos principais do Metaparadigma da Enfermagem:

- A pessoa doente, que deve manter o equilíbrio físico e emocional podendo solicitar ajuda quando pretende adquirir a sua independência;
- O ambiente, que pode ser controlado pelos indivíduos saudáveis, mas a doença pode interferir com essa capacidade;

- A saúde, que requer independência e interdependência, avaliada pela capacidade do doente em desempenhar as catorze componentes dos cuidados de enfermagem sem auxílio;
- O papel do enfermeiro, que consiste “em assistir o indivíduo, doente ou saudável, na execução de atividades que contribuam para a sua saúde ou recuperação (ou para uma morte serena) que ele levaria a cabo sem ajuda se tivesse a força, vontade ou os conhecimentos necessários. E fazer isto de tal maneira que o ajudaria a adquirir a independência o mais rapidamente possível” (Bolander, 1998, p.7)

Nesta teoria, os cuidados de Enfermagem desenvolvem-se de acordo com catorze necessidades humanas fundamentais; cada uma com dimensões de ordem bio-físico-psíquico-cultural. Destacamos aquelas que se enquadram no nosso estudo:

- Comer e beber de forma adequada: “Ingestão, digestão e absorção da água e dos nutrientes necessários à vida” (Phaneuf, 2001, p.47);
- Eliminar os resíduos corporais: “Rejeição de substâncias nocivas ou inúteis produzidas pelo metabolismo ou por certas funções: eliminação urinária e intestinal, suores, lágrimas, menstruações e lóquios (evacuação serosa e sanguínea das mulheres depois do parto)” (Phaneuf, 2001, p.48);
- Movimentar-se e manter a postura correta: “Impulsões dadas aos músculos a fim de permitir a mudança de posição do corpo e dos membros. Manutenção de um bom alinhamento dos segmentos corporais” (Phaneuf, 2001, p.48);
- Escolher a roupa, vestir-se e despir-se: “Proteção do corpo por roupas, calçado, entre outros, em função do clima, das normas sociais e do pudor pessoal” (Phaneuf, 2001, p.49);
- Manter o corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos: “Aplicação de cuidados de higiene essenciais à saúde, atenção à sua apresentação pessoal e preservação dos tecidos que recobrem o corpo” (Phaneuf, 2001, p.50).

## **2.3. Modelo Teórico de Roper, Logan e Tierney**

O modelo de Enfermagem proposto pelas autoras evoluiu a partir do trabalho desenvolvido por Virgínia Henderson, em 1966, e engloba cinco componentes principais:

- Atividades de vida;
- Etapas da vida;
- Grau de dependência/ independência;
- Fatores que influenciam as atividades de vida;
- Enfermagem individualizada (Roper, Logan e Tierney, 1995, p.26).

Considera doze atividades de vida: 1) Manter um ambiente seguro; 2) Comunicar; 3) Respirar; 4) Comer e beber; 5) Eliminar; 6) Cuidar da higiene pessoal e vestir-se; 7) Controlar a temperatura do corpo; 8) Mobilizar-se; 9) Trabalhar e distrair-se; 10) Expressar sexualidade; 11) Dormir; e 12) Morrer.

As atividades de vida têm uma estreita relação entre si e podem ser influenciadas por fatores físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-econômicos.

Embora o modelo considere que todas as atividades são importantes para a manutenção da saúde e do bem-estar do indivíduo, algumas são mais vitais do que outras para a sobrevivência do indivíduo como a respiração e a alimentação. No entanto, segundo Roper, Logan e Tierney (1995, p.46), estas atividades precedem as outras, ressaltando que “não existe uma ordem de prioridade fixa porque, dependendo das circunstâncias e da escolha individual das prioridades entre as atividades de vida, estas alteram-se”.

Existem estádios das etapas da vida onde uma pessoa não pode ou deixa de poder realizar, independentemente, certas atividades de vida. É propósito da enfermagem ajudar essa pessoa a aliviar, resolver ou ainda viver com os problemas reais ou potenciais relacionados com as atividades de vida.

## **2.4. A Pessoa com Dependência no Autocuidado**

O autocuidado tem sido tradicionalmente definido como o conjunto de atividades/comportamentos assumidos pelo indivíduo para promover, recuperar ou manter a saúde (Železnik, 2007).

Theuerkauf (2000, p. 173) refere que o autocuidado “é mais do que um grupo de capacidades aprendidas. É adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir a responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais”.

As situações de autocuidado são ações contínuas de proteção à integridade física e mental, de promoção à vida, saúde e bem-estar que o indivíduo realiza por si mesmo ou que alguém realiza por ele (cuidado dependente) (Železnik,2007).

No contexto do autocuidado, as atividades de vida diária são muitas vezes utilizadas para medir e caracterizar o autocuidado. Contudo, o autocuidado compreende, não só as atividades de vida diária, aprendidas ao longo do tempo como também, os aspetos relativos à forma como estas são feitas, quando, onde e com quem (Carpenito - Moyet,1998).

Estas atividades são apreendidas a partir do contexto sociocultural em que se insere o indivíduo, ao longo do seu ciclo de vida. Assim sendo, a forma como cada um vive e realiza o seu autocuidado pode ser diferente de pessoa para pessoa, dependendo dos seus antecedentes culturais, das suas crenças e valores.

O autocuidado é a atenção e a ação que exercemos sobre nós de modo a preservar e cultivar uma boa qualidade de vida de forma responsável, mais autónoma e livre nas escolhas das ferramentas para a sua concretização.

As capacidades do indivíduo para satisfazer as suas necessidades de autocuidado oscilam ao longo da vida. As pessoas experienciam situações de compromisso no autocuidado, que as desafiam a projetar mudanças significativas nos papéis que desempenham e a desenvolver competências adaptativas que facilitam o processo de transição (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010).

É, no entanto, mais evidente que à medida que a idade avança, as pessoas precisam de mais cuidados e de mais tempo para recuperarem de doenças ou de traumas, pois reconhece-se que o avanço da idade e o declínio da capacidade funcional são suscetíveis de afetar o autocuidado (Železnik,2007; Petronilho, 2008).

As habilitações literárias, o status socioeconómico (Železnik,2007), o sexo, orientação sociocultural (Petronilho, 2008), a capacidade cognitiva, a rede de suporte social (Železnik,2007; Petronilho, 2008), a autoestima (Železnik,2007; Petronilho, 2008), a perceção de autoeficácia, nível de satisfação com a vida (Železnik,2007; Petronilho, 2008), a condição de saúde (Železnik,2007; Petronilho, 2008), os métodos de tratamento e as experiências pessoais sobre a doença (Železnik,2007) são fatores que também afetam o autocuidado.

Efetivamente, ambas as situações envelhecimento/doença determinam processos de transição na vida das pessoas, pois contribuem inevitavelmente para o surgimento de limitações físicas, emocionais e cognitivas, tornando-as

gradualmente dependentes de outros e frequentemente dos familiares mais próximos. Estes, na maioria das vezes, não se sentem preparados para responder adequadamente às necessidades do dependente, até porque também eles se encontram simultaneamente a experienciar um processo de transição (Petronilho, 2007).

As famílias que assumem os cuidados dos seus familiares em situação de dependência estão frequentemente sujeitas,

“(...) a uma sobrecarga física, emocional e socioeconómica (...), que dificilmente conseguem suportar (...) surgem sentimentos de medo, desamparo, preocupação, vulnerabilidade e insegurança, só possíveis de serem minimizados se existir um adequado processo de cuidar em enfermagem, baseado numa relação de ajuda e relação empática satisfatórias de promover um bem-estar familiar indo de encontro às suas necessidades e sentimentos” (Sequeira, 2009, p.16).

O que garante a adaptação da família, a uma situação de dependência de um dos seus membros, é a forma como esta mobiliza os seus recursos internos e/ou externos, de modo a superar ou minimizar a situação de crise. De facto, “o resultado do processo de cuidar de um (...) dependente está intimamente ligado com as capacidades adaptativas do familiar cuidador” (Sequeira, 2007, p.108).

Para Orem (1993,1995), a família afeta a capacidade de autocuidado e condicionam as ações terapêuticas de enfermagem. Daí a necessidade dos enfermeiros valorizarem não só o *empowerment* do utente como da sua família. Cabe, neste âmbito, ao enfermeiro assegurar as atividades de autocuidado, promover a independência e autonomia da pessoa, desenvolver intervenções de suporte e educação centradas quer na pessoa dependente, quer no cuidador familiar.

As necessidades de ajuda no domínio do autocuidado são cada vez mais urgentes no contexto dos domicílios familiares. As atuais políticas de saúde, com internamentos de curta duração, “o envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa vêm determinando novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas mais adequadas” (Direção Geral de Saúde, 2004, p.1). E, neste contexto, os enfermeiros são os profissionais de saúde que melhor podem contribuir na obtenção de ganhos em saúde no domínio do autocuidado (Petronilho, 2007).

Assim, é de particular interesse para os enfermeiros o modelo explicativo do autocuidado de idosos em contexto domiciliário de Backman e Hentinen (1999) que caracteriza quatro perfis de autocuidado: o *Autocuidado Responsável*, o

*Autocuidado Formalmente Guiado, o Autocuidado Independente e o Autocuidado de Abandono.*

O perfil de *Autocuidado Responsável* define pessoas que se sentem responsáveis pela sua saúde e bem-estar. Consequentemente, este tipo de pessoas adota estilos de vida saudáveis e quando notam que algo não está bem procuram apoio junto dos profissionais de saúde. Envolvem-se e colaboram positivamente ao longo de todo processo de cuidados, tentando saber os motivos dos seus sintomas e as possibilidades de tratamento (Backman e Hentinem, 1999).

O perfil de *Autocuidado Formalmente Guiado* diz respeito às pessoas que não procuram controlar o seu processo de envelhecimento. Pois, atribuem esse controlo aos profissionais de saúde, seguindo e aceitando as suas orientações sem questioná-las (Backman e Hentinem, 1999).

Contrariamente, ao perfil mencionado anteriormente, as pessoas com um perfil de *Autocuidado Independente* quando verificam que algo não está bem, não procuram a ajuda e não aceitam as orientações dos profissionais de saúde, tentando muitas vezes por tentativa e erro solucionar o problema sozinhas (Backman e Hentinem, 1999).

Por último, o perfil de *Autocuidado de Abandono* caracteriza pessoas que pelo seu nível de incapacidade em satisfazer as suas necessidades de autocuidado se sentem inseguras em relação ao futuro, e portanto, com uma forte vontade de desistir. São pessoas que têm dificuldade em cuidar de si próprias e que sentem medo da dor, do declínio das suas capacidades, da perda de controlo e da morte (Backman e Hentinem, 1999). Com frequência, desequilíbrios não ultrapassados evidenciam padrões de respostas “não adaptativas”, que dificultam o processo de transição.

## **2.5. Definição dos Conceitos na CIPE**

O Autocuidado, de acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, 2010), na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® 2), é considerado um tipo de ação realizado pelo próprio, isto é: “tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”. E o défice de autocuidado é um conceito que traduz a incapacidade de ação dos indivíduos para suprir as suas necessidades de cuidados.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem está em constante atualização e desenvolvimento, de forma a corrigir redundâncias, a ambiguidade dos termos utilizados e permitir a sua utilização e compreensão por pessoas e programas informáticos. As sucessivas traduções para o português foram inevitáveis, surgindo a CIPE® versão β em 2000, a versão β2 em 2002, versão 1.0 em 2006 e recentemente a versão 2.0 em 2010.

Assim, considerando o instrumento - “Famílias que integram dependentes no autocuidado” - podem ainda ser descritos os seguintes conceitos de acordo com a (CIPE® 1.0):

- Autocuidado Banho - “enxaguar o próprio corpo, total ou parcialmente, por exemplo entrando e saindo da banheira, juntando todos os objetos necessários ao banho, obtendo água ou abrindo as torneiras, lavando e secando o corpo capacidade para dar Banho”
- Autocuidado Vestir-se - “escolher e ir buscar a roupa, vestir, abotoar e apertar os fechos tanto na parte superior como inferior do corpo, usar os fechos, peúgas, meias e calçado, como por exemplo sapatos”.
- Autocuidado Despir-se - “retirar as roupas, desabotoando-as, desapertando-as e abrindo os fechos, tanto na parte superior como inferior do corpo, tirar as peúgas, meias e calçado; dobrar, pendurar e arrumar as roupas na gaveta ou armário”.
- Autocuidado Arranjar-se - “tomar cuidado com a apresentação, manter o cabelo, barba e bigode bem cuidados, lavados, penteados, lisos ou frisados; limpar, cortar e limar as unhas; aplicar desodorizante, cosméticos e pinturas; manter a roupa limpa, sem cheiro e arrumada; verificar a aparência no espelho”.
- Autocuidado Alimentar-se - “encarregar-se de organizar a ingestão de alimentos sob a forma de refeições saudáveis, cortar e partir os alimentos em bocados manejáveis, levar a comida à boca, metê-la na boca utilizando os lábios, músculos e língua e alimentando-se até ficar satisfeito”.
- Autocuidado Uso do Sanitário - “levar a cabo as atividades de eliminação fazendo a sua própria higiene íntima, limpar-se depois de urinar ou evacuar, deitar fora os produtos de eliminação, por exemplo puxar o autoclismo de maneira adequada, no sentido de manter o ambiente limpo e evitar a infeção”.
- Autocuidado Elevar-se - “levantar partes do corpo, como os membros superiores e inferiores ou a cabeça, para uma posição mais elevada”.
- Autocuidado Virar-se: “mover e mudar o corpo de um lado para outro e de frente para trás”.



- Autocuidado Transferir-se - “atividade Física com as seguintes características específicas: mover o corpo, deslocando-o entre a cama e a cadeira”.
- Autocuidado Usar Cadeira de Rodas - “movimentar o corpo de um lado para outro em cadeira de rodas, transferir-se de e para a cadeira com segurança, manobrar em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos, com velocidade lenta, moderada ou rápida”.
- Autocuidado Andar - “movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo, capacidade para sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, com velocidades que vão do lento ao moderado ou rápido, subir e descer escadas e rampas”.
- Autocuidado Tomar Medicação - “capacidade para cumprir o regime de tratamento medicamentoso: providencia, prepara e toma os medicamentos como prescrito”.



### **3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

A investigação define-se como um processo sistemático, intencionalmente orientado e ajustado tendo em vista inovar ou aumentar o conhecimento num dado domínio, sendo a metodologia do processo de investigação uma forma de organização eficaz para a produção científica e a realização profissional (Polit e Beck, 2011). Assim, neste capítulo, será abordada a justificação, finalidade e objetivos do estudo, bem como, o tipo de estudo, o método de recolha de dados, o instrumento de recolha de dados utilizado, a população e amostra e, ainda, as considerações éticas tidas em conta durante todo o processo de investigação.

#### **3.1. Justificação**

O aumento da esperança de vida, que se tem vindo a registar em Portugal, tem vindo a originar um acréscimo da população idosa, constatando-se 19% de pessoas com mais de 65 anos de idade (INE, 2012) e, consequentemente, o aumento da prevalência de doenças crónico-degenerativas e de evolução prolongada.

Notória é, ainda, a existência de um grande número de pessoas dependentes no autocuidado, que necessitam da ajuda de terceiros para satisfazer os seus requisitos/necessidades em autocuidado e que estão integradas no seio da família. Segundo um estudo descritivo e observacional desenvolvido por Cunha (2010), mais de 100 mil idosos não conseguem realizar as suas atividades de vida diária sozinhos. A partir de uma análise aos microdados do quarto inquérito nacional de saúde (2005-2006), a autora construiu um índice de independência/dependência que permitiu caracterizar a população com 65 ou mais anos de idade (INE, 2009).

Da população total estimada, 1 737 981 pessoas, 41,8% (727 284) apresentava algum nível de independência/dependência e/ou pelo menos uma doença crónica. Cunha (2010) concluiu ainda que as regiões do norte e do alentejo são aquelas que registam o maior número de situações de dependência total para a execução das atividades de vida diária.

Face aos desafios presentes no atual contexto demográfico, Portugal tem vindo a implementar políticas que contribuem para um envelhecimento ativo e para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. O plano nacional de saúde (2011-2016) e o programa nacional para a saúde das pessoas idosas (2004, 2006) assentam em duas premissas: melhorar a adequação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e promover ambientes seguros e capacitadores de autonomia.

Neste sentido, o Programa do XVII Governo Constitucional (2005-2009) definiu como prioritário a reorganização do sistema de saúde a vários níveis, pelo que foi criada a RNCCI pelo decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho. A RNCCI constitui uma inovação organizacional da prestação de cuidados pois, introduziu um novo paradigma do cuidar, promotor da autonomia da pessoa em situação de dependência, da readaptação e da inclusão social (Cunha, 2010). A RNCCI é composta por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados tanto no domicílio do utente como em instalações próprias cujas respostas estão dirigidas às seguintes situações:

- Dependência funcional transitória ou prolongada;
- Idosos com critérios de fragilidade;
- Incapacidade grave, com forte impacto psicossocial;
- Doença severa, em fase avançada e terminal.

De salientar ainda, que é no âmbito desta reconfiguração do sistema de saúde, que surgem as ECCI com o intuito de capacitar os recursos locais, com equipas multidisciplinares vocacionadas para as atividades e intervenções de âmbito domiciliário e comunitário.

Sendo o autocuidado foco de atenção central da profissão de enfermagem, os enfermeiros da comunidade estão na linha da frente na prestação cuidados domiciliários aos doentes dependentes e respetivas famílias, pelo que é essencial obter informação sobre o fenómeno da dependência no autocuidado.

Apesar de existirem políticas direcionadas ao idoso e à pessoa com dependência, não se encontram quantificadas as necessidades por autocuidado desses dependentes e das suas famílias. Face ao exposto, é pertinente a realização de um estudo que nos permita conhecer a proporção de famílias que integram

peças dependentes no autocuidado, o número de dependentes no autocuidado e o seu grau de dependência por autocuidado, no concelho da Maia. Para a enfermagem, a realização deste estudo permite a obtenção de dados concretos sobre as necessidades em autocuidado das pessoas dependentes integradas no seio da família e, nesse sentido, contribuir para a elaboração de planos de intervenção mais efetivos.

### **3.2. Finalidade**

A finalidade deste estudo é contribuir para o conhecimento do fenómeno da dependência no autocuidado em contexto familiar e, conseqüentemente, das necessidades em cuidados de enfermagem das pessoas dependentes no autocuidado no concelho da Maia.

### **3.3. Objetivos**

Os objetivos desta investigação são:

1. Identificar a proporção de famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado no concelho da Maia;
2. Caracterizar as famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado, quanto ao tipo de família, tipo de alojamento e condições socioeconómicas;
3. Caracterizar as pessoas dependentes no autocuidado integradas em famílias clássicas no concelho da Maia;
4. Caracterizar o tipo e grau de dependência por autocuidado (Tomar Banho, Vestir-se e Despir-se, Alimentar-se, Tomar Medicação, Transferir-se, Arranjar-se, Uso do Sanitário, Elevar-se, Virar-se, Usar Cadeira de Rodas e Andar) das pessoas dependentes integradas em famílias clássicas no concelho da Maia.

### **3.4. Tipo de Estudo**

Este estudo integra um trabalho de investigação mais amplo a ser desenvolvido por uma docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), que tem como título “Dependência no autocuidado em contexto familiar - estudo exploratório de base populacional no Concelho da Maia”.

Tendo em conta os objetivos definidos, foi realizado um estudo quantitativo, do tipo exploratório e descritivo pois, segundo Fortin (2009, p.163), “o estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”. Como a recolha de dados se fez num único momento, ou seja, num determinado ponto temporal, o estudo foi de modelo transversal (Polit e Beck, 2011).

### **3.5. Descrição do Instrumento de Recolha de Dados**

O instrumento aplicado para a recolha de dados foi construído pela unidade de investigação da escola superior de enfermagem do Porto (UNIESEP). É um formulário intitulado: “Famílias que integram dependentes no autocuidado” (Anexo I). É constituído por duas partes: parte I - Inquérito preliminar/caracterização, que permite obter a caracterização do tipo de alojamento, tipo de família, condições socioeconómicas do agregado familiar e a caracterização sociodemográfica do prestador de cuidados e parte II - Formulário PCD, que possibilita a obtenção de dados da pessoa dependente: caracterização social, grau de dependência e condição de saúde. Viabiliza ainda a obtenção de dados relativos à perceção de autoeficácia do prestador de cuidados, caracterizar os cuidados prestados e os recursos utilizados na prestação dos cuidados.

A sua conceção tem raízes nas classificações de enfermagem: CIPE®, NOC e NIC. Cada foco, no domínio do autocuidado, tem variáveis parametrizadas com base nas escalas e características específicas apresentadas na NOC e as intervenções de enfermagem na área do autocuidado. O formulário permite assim, avaliar a dependência em relação às atividades que concretizam cada domínio do autocuidado. De salientar que, para cada uma das atividades, corresponde a seguinte escala de likert de 4 pontos: dependente não participa - *score 1*; necessita

de ajuda de pessoa - *score* 2; necessita de equipamento - *score* 3; completamente independente - *score* 4.

Este instrumento de recolha de dados tem sido utilizado em outros estudos semelhantes, levados a cabo nos concelhos das áreas metropolitanas do Porto e de Lisboa, apresentando um Alpha de Cronback de 0,997 (Duque, 2009).

A utilização do formulário, para proceder-se à recolha de dados nesta investigação, foi autorizada pela unidade de investigação da ESEP.

### **3.6. Operacionalização das Variáveis**

As variáveis são pilares estruturais da investigação. Para Fortin (2009, p.171), “As variáveis são qualidades, propriedades ou características de pessoas, de objetos ou de situações que são estudadas numa investigação”. São aspetos observáveis de um fenómeno, apresentam variação ou diferenças em relação ao mesmo ou a outro fenómeno e indicam as características mensuráveis de um fenómeno. O rigor da medição depende antes de mais de um adequado processo de operacionalização desses conceitos ou variáveis, processo esse, que permite delimitar as fronteiras de significado até este poder ser quantificável ou qualificável, em função da escala que formam: nominal, ordinal, intervalar ou de razão (Fortin, 2009).

Para que as variáveis possam ser estudadas é indispensável a mensuração, e a operacionalização de cada uma em valores/unidades e o tipo de variável, pelo que a construção de um plano de operacionalização de variáveis ajuda-nos a identificar os objetivos do estudo, o formulário, os ficheiros de dados a serem construídos, e ainda, as análises estatísticas a serem efetuadas.

Neste estudo “Necessidades de autocuidado das pessoas dependentes que integram famílias clássicas do concelho da Maia” apenas serão objeto de tratamento, análise descritiva e reflexão, as variáveis que caracterizam o autocuidado da pessoa dependente, assim como as variáveis de atributo da pessoa dependente, características do alojamento e do agregado familiar (Tabelas 1 a 6).

Observando a tabela 6, verificámos que são 11 os domínios de autocuidado, contendo cada um deles variáveis mais específicas.

**TABELA 1: Caracterização e operacionalização das variáveis centradas no alojamento**

Descrição da Variável	Valores/Unidades	Tipo de Variável
Edifício de alojamento familiar	0 - Clássico: moradia 1 - Clássico: apartamento 2 - Clássico: outro tipo 3 - Não clássico (barraca, móvel, improvisado)	Quantitativa Ordinal
Necessidade de reparações (estrutura, cobertura, paredes, caixilharia)	0 - Muito grandes 1 - Grandes 2 - Médias 3 - Pequenas 4 - Nenhumas	Quantitativa Ordinal
Edifício com acessibilidade a PMC?	0 - Sim 1 - Não	Qualitativa Nominal dicotómica
Área útil	em m <sup>2</sup>	Quantitativa
N.º divisões	por divisão	Quantitativa
N.º ocupantes	por número de ocupantes	Quantitativa
Alojamento com Retrete	0 - Sim 1 - Não	Qualitativa Nominal dicotómica
Alojamento com Água Canalizada	0 - Sim 1 - Não	Qualitativa Nominal dicotómica
Alojamento com Banho ou Duche	0 - Sim 1 - Não	Qualitativa Nominal dicotómica
Alojamento com Aquecimento	0 - Sim 1 - Não	Qualitativa Nominal dicotómica

**TABELA 2: Caracterização e operacionalização das variáveis centradas na família**

Descrição da Variável	Valores/Unidades	Tipo de Variável
Tipo de família	0 - Clássica sem núcleos 1 - Clássica com um núcleo 2 - Clássica com dois núcleos 3 - Clássica com três núcleos	Quantitativa Ordinal
Rendimentos do agregado / mês	0 - Até 250 euros 1 - De 251 a 500 euros 2 - De 501 a 1000 euros 3 - De 1000 a 2000 euros 4 - De 2001 a 5000 euros 5 - Mais de 5000 euros	Quantitativa Ordinal
Número de membros da família	por número de membros	Quantitativa

**TABELA 3: Caracterização e operacionalização das variáveis centradas na situação de saúde da pessoa dependente**

Descrição da Variável	Valores/Unidades	Tipo de Variável
Consumo de Medicamentos	0 - Sim 1 - Não	Qualitativa Nominal dicotómica
Internamentos no último ano	0 - Nenhum 1 - Um 2 - Dois 3 - Três 4 - Mais de três	Qualitativa Nominal
Variedade de Fármacos	em número	Quantitativa
Número de Fármacos nas tomas/dia	em número	Quantitativa
Episódios de recursos ao SU, no último ano	0 - Nenhuma 1 - Uma 2 - Duas 3 - Três 4 - Mais de três	Qualitativa Nominal



**TABELA 4: Caracterização e operacionalização das variáveis sociodemográficas da pessoa dependente**

Descrição da Variável	Valores/Unidades	Tipo de Variável
<b>Sexo</b>	0 - Masculino 1 - Feminino	Qualitativa Nominal dicotômica
<b>Idade</b>	em anos	Quantitativa
<b>Estado Civil</b>	0 - Casado/ União de facto 1 - Solteiro 2 - Viúvo 3 - Divorciado	Qualitativa Nominal
<b>Nacionalidade</b>	0 - Portuguesa 1 - Não Portuguesa	Qualitativa Nominal dicotômica
<b>Nível de Escolaridade</b>	0 - Nenhum 1 - Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos) 2 - Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos) 3 - Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos) 4 - Ensino secundário (11 ou 12 anos) 5 - Ensino superior	Qualitativa Nominal
<b>Profissão</b>	0 - Membros das forças armadas 1 - Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa 2 - Especialistas das profissões intelectuais e científicas 3 - Técnicos e profissionais de nível intermédio 4 - Pessoal administrativo e similares 5 - Pessoal dos serviços e vendedores 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas 7 - Operários, artificies e trabalhadores similares 8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem 9 - Trabalhadores não qualificados 10 - Doméstico 11 - Desempregado 12 - Pensionista / Reformado 13 - Estudante 14 - Outra	Qualitativa Nominal

**TABELA 5: Caracterização e operacionalização das variáveis dependência**

Descrição da Variável	Valores/Unidades	Tipo de Variável
<b>Situação que originou a dependência: Envelhecimento</b>	0 - Sim 1 - Não	Qualitativa Nominal dicotômica
<b>Situação que originou a dependência: Doença Aguda</b>	0 - Sim 1 - Não	Qualitativa Nominal dicotômica
<b>Situação que originou a dependência: Doença Crónica</b>	0 - Sim 1 - Não	Qualitativa Nominal dicotômica
<b>Situação que originou a dependência: Acidente</b>	0 - Sim 1 - Não	Qualitativa Nominal dicotômica
<b>Situação que originou a dependência: Outra</b>	0 - Sim 1 - Não	Qualitativa Nominal dicotômica
<b>Instalação da dependência</b>	0 - Súbita 1 - Gradual	Qualitativa Nominal dicotômica
<b>Tempo de dependência</b>	em anos e meses	Quantitativa

TABELA 6: Caracterização e operacionalização das variáveis da pessoa dependente por domínios de autocuidado

Descrição da Variável	Valores/Unidades	Tipo de Variável
AUTOCUIDADO: Tomar banho		
Entra e sai do chuveiro	1 - Dependente não Participa 2 - Necessita de ajuda de pessoa 3 - Necessita de Equipamento 4- Completamente independente	Quantitativa Ordinal
Obtém objetos para o banho		
Abre a torneira		
Regula a temperatura da água		
Regula o fluxo da água		
Lava-se no chuveiro		
Lava o corpo		
Seca o corpo		
AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se		
Escolhe as roupas	1 - Dependente não Participa 2 - Necessita de ajuda de pessoa 3 - Necessita de Equipamento 4- Completamente independente	Quantitativa Ordinal
Retira as roupas da gaveta e do armário		
Segura as roupas		
Veste as roupas na parte superior do corpo		
Veste as roupas na parte inferior do corpo		
Despe as roupas na parte superior do corpo		
Despe as roupas na parte inferior do corpo		
Abotoa as roupas		
Desabotoa as roupas		
Usa cordões para amarrar		
Usa fechos		
Calça as meias		
Descalça as meias		
Calça os sapatos		
Descalça os sapatos		
AUTOCUIDADO: Alimentar-se		
Prepara os alimentos para a ingestão	1 - Dependente não Participa 2 - Necessita de ajuda de pessoa 3 - Necessita de Equipamento 4- Completamente independente	Quantitativa Ordinal
Abre recipientes		
Utiliza utensílios		
Coloca o alimento no utensílio		
Pega no copo ou chávena		
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão		
Leva os alimentos à boca com recipiente		
Leva os alimentos à boca com os utensílios		
Bebe por copo ou chávena		
Coloca os alimentos na boca		
Conclui uma refeição		
AUTOCUIDADO: Arranjar-se		
Penteia ou escova os cabelos	1 - Dependente não Participa 2 - Necessita de ajuda de pessoa 3 - Necessita de Equipamento 4- Completamente independente	Quantitativa Ordinal
Barbeia-se		
Aplica maquilhagem		
Cuida das unhas		
Usa um espelho		
Aplica o desodorizante		
Limpa a área do períneo		
Limpa as orelhas		
Mantém o nariz desobstruído e limpo		
Mantém a higiene oral		

AUTOCUIDADO: Uso do sanitário		
Ocupa e desocupa o sanitário	1 - Dependente não Participa 2 - Necessita de ajuda de pessoa 3 - Necessita de Equipamento 4- Completamente independente	Quantitativa Ordinal
Tira as roupas		
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira		
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar		
Ergue-se da sanita		
Ajusta as roupas após a higiene íntima		
AUTOCUIDADO: Elevar-se		
Levantar parte do corpo	1- Dependente não Participa 2- Necessita de ajuda de pessoa 3- Necessita de Equipamento 4- Completamente independente	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Virar-se		
Movimenta o corpo, virando-o de um lado para o outro	1 - Dependente não Participa 2 - Necessita de ajuda de pessoa 4 - Necessita de Equipamento 4 - Completamente independente	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Transferir-se		
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	1 - Dependente não Participa 2 - Necessita de ajuda de pessoa 3 - Necessita de Equipamento 4- Completamente independente	Quantitativa Ordinal
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama		
AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas		
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	1 - Dependente não Participa 2 - Necessita de ajuda de pessoa 3 - Necessita de Equipamento 4- Completamente independente	Quantitativa Ordinal
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança		
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida		
AUTOCUIDADO: Andar		
Suporta o próprio corpo na posição de pé	1 - Dependente não Participa 2 - Necessita de ajuda de pessoa 3 - Necessita de Equipamento 4- Completamente independente	Quantitativa Ordinal
Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos		
Sobe e desce degraus		
Deambula em aclives e declives		
Percorre distâncias curtas (<100m)		
Percorre distâncias moderadas (>100m<500m)		
Percorre longas distâncias (>500m)		
AUTOCUIDADO: Tomar medicação		
Providencia medicamentos	1 - Dependente não Participa 2 - Necessita de ajuda de pessoa 3 - Necessita de Equipamento 4- Completamente independente	Quantitativa Ordinal
Prepara a medicação		
Toma a medicação		

### 3.7. População e Amostra

A população alvo “é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos e para as quais o investigador deseja fazer generalizações” (Fortin, 2009, p.311).

A população alvo definida para este estudo, representa todos os agregados de famílias clássicas residentes no concelho da Maia e que integram pessoas dependentes no autocuidado.

Importa assimilar que nesta pesquisa foi tido em conta o conceito de família clássica, definida pelo INE (2003):

*Conjunto de indivíduos que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como família clássica qualquer pessoa independente que ocupa uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento.*

De referir, ainda, e também de acordo com o sistema de metainformação do INE (2010) que se entende por núcleo familiar:

*Conjunto de duas ou mais pessoas pertencentes à mesma família clássica mantendo uma relação de cônjuges, parceiros numa união de facto ou progenitor e descendentes e que pode traduzir-se em casal sem filhos, casal com um ou mais filhos ou pai ou mãe com um ou mais filhos. Este conceito de núcleo familiar limita as relações entre adultos e crianças a relações de parentesco direto (em primeiro grau), ou seja, entre pais e filhos.*

Aquando da realização da colheita de dados, os últimos censos disponíveis eram os de 2001, que indicavam a existência de 40569 famílias residentes no concelho da Maia (INE, 2002), sendo a distribuição dos agregados familiares claramente heterogénea. De acordo com o diagnóstico social do concelho da Maia (Câmara Municipal da Maia, 2007), as freguesias de Águas Santas e Pedrouços, situadas no centro sul do concelho, são as que apresentam maior número de habitantes no seu território pelo que a sua intensidade demográfica se deve a proximidade geográfica na conurbação com o Porto. As freguesias do Concelho com a mais baixa intensidade demográfica, S. Pedro Fins, Silva Escura e Folgosa apresentam características marcadamente rurais.

Dada a impossibilidade de proceder ao estudo da totalidade da população, foi necessário determinar uma amostra representativa da mesma. A amostra é definida como sendo um subconjunto de uma população, em que as características

têm que estar presentes na amostra selecionada, para que esta seja representativa da população (Fortin, 2009). A amostragem é o processo de seleção de uma porção da população para representar toda a população (Polit e Beck, 2011), o que permite ao investigador reduzir custos, recolher informações mais rapidamente e obter dados mais abrangentes (Ribeiro, 2010).

O processo de seleção aleatória é aquele em que todos os elementos da população têm uma probabilidade igual de ser incluídos na amostra. A amostra estratificada garante que determinados grupos da população são incluídos no estudo (Ribeiro, 2010). Na amostragem aleatória estratificada, a população é dividida em subconjuntos homogêneos (freguesias) dos quais os elementos são selecionados aleatoriamente.

Para o cálculo da amostra ser significativa, aleatória e estratificada por freguesias do concelho da Maia, tendo como unidade amostral, as famílias clássicas, recorreremos a aplicação da fórmula de Lwanga e Lemeshow (1991),  $n = Z^2 p (1-p) / d$ , em que  $n = Z^2 p (1-p) / d$  permite calcular o  $n$  - número de famílias a incluir na amostra. O  $Z$  (valor da distribuição normal standard para o nível de confiança) é de 95%. Ao  $p$  (proporção esperada de prevalentes) foi atribuído o valor de 8, uma vez que para este estudo tivemos em conta o conhecimento prévio, decorrente de estudos similares realizados em outros concelhos do Porto e Lisboa, onde a prevalência se cifrou nos 8%. A letra  $d$  representa o erro de precisão de 2%.

Para o processo de seleção e determinação geográfica aleatória dos agregados familiares que incluíram a amostra, recorreu-se ao Sistema de Informação Geográfico ArcGis®<sup>1</sup> e à *Base Geográfica de Referenciação de Informação (BGRI de 2001)*<sup>2</sup>. Esta técnica de amostragem permite aperfeiçoar a precisão e a representatividade da amostra final (Polit e Beck, 2011).

Assim, a tabela 7 descreve o número de agregados familiares do concelho da Maia (população), o resultado do cálculo da amostra e a amostra do nosso estudo, estratificada por freguesias.

---

<sup>1</sup> O ArcGIS é um conjunto de programas de leitura, visualização, edição e informação de dados espaciais e mapas. Baseado num sistema de informação geográfica, permite gerir informação espacial e procedimentos computacionais facilitando a análise e gestão de dados.

<sup>2</sup> A BGRI, na sua definição geral, é o sistema de referenciação da informação suportado em informação cartográfica (ou ortofotocartográfica), em formato digital e usado para todo o território nacional. Permite fazer a divisão de cada unidade administrativa de base, a freguesia, em pequenas áreas estatísticas - secções e subsecções estatísticas.

TABELA 7: Distribuição da população, cálculo da amostragem e amostra do estudo, por freguesia <sup>3</sup>

Freguesias	População	Cálculo da Amostra	Amostra do Estudo (n)
Águas Santas	8783	290	265
Avioso (Santa Maria)	1176	39	83
Avioso (São Pedro)	867	30	48
Barca	876	29	24
Folgosa	1122	37	32
Gemunde	1531	51	48
Gondim	614	21	36
Gueifães	3819	127	162
Maia	3352	111	95
Milheirós	1376	45	38
Moreira	3579	119	118
Nogueira	1459	48	70
Pedrouços	4268	141	122
São Pedro Fins	569	19	30
Silva Escura	677	22	48
Vermoim	4771	157	160
Vila Nova da Telha	1730	57	112
<b>Total</b>	<b>40569</b>	<b>1343</b>	<b>1491</b>

### 3.8. Procedimento de Recolha de Dados

Para promover a uniformização do preenchimento do formulário durante a recolha de dados e, conseqüentemente, evitar possíveis erros na sua aplicação, decorreram no mês de janeiro de 2011, reuniões entre os cinco investigadores e os professores orientadores.

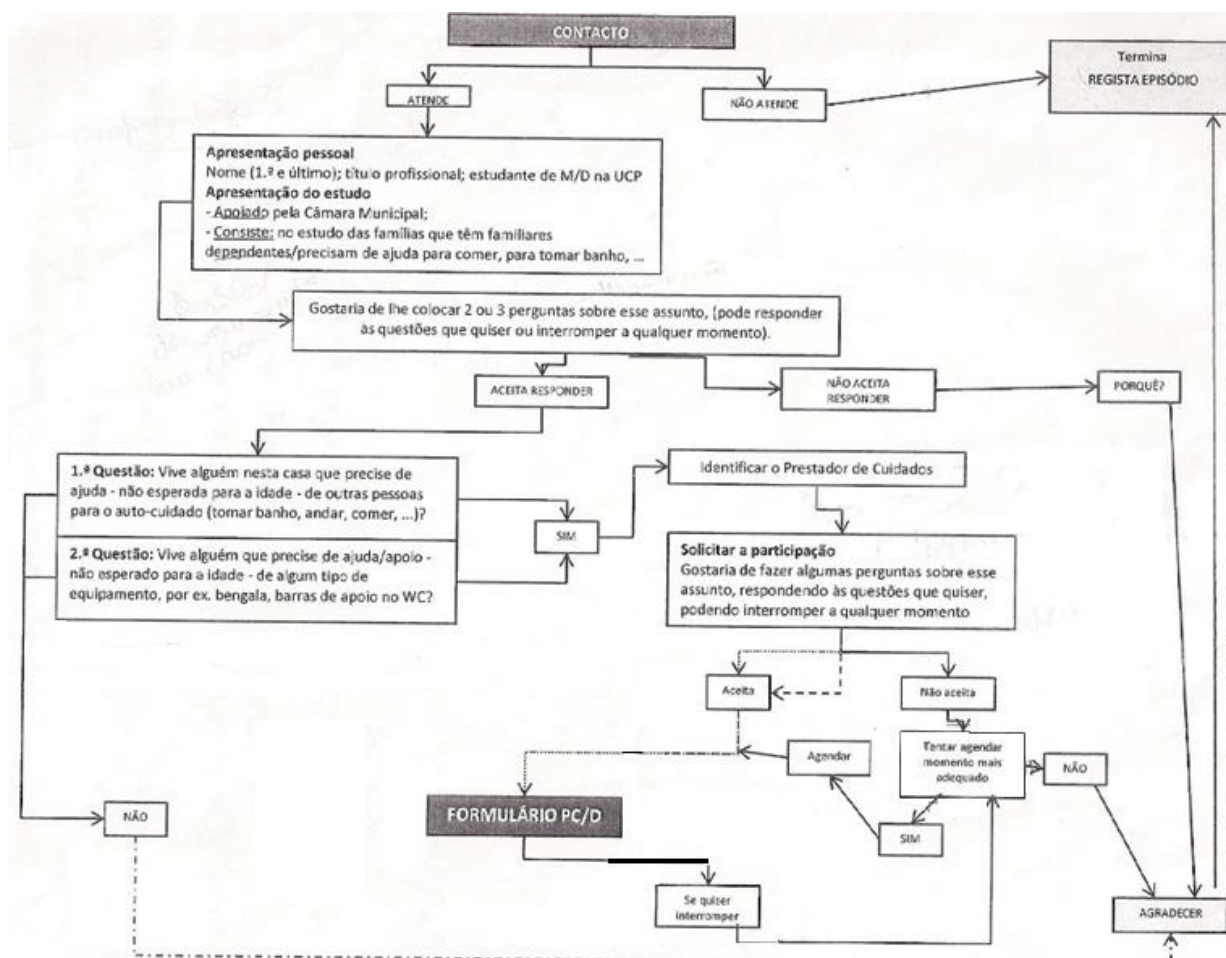
A colheita de dados foi efetuada “porta a porta”, pelos cinco investigadores, que se apresentaram às respetivas famílias devidamente identificados com o cartão da ordem dos enfermeiros. A colheita de dados decorreu entre fevereiro e abril de 2011 até perfazer a amostra necessária.

Todos os investigadores respeitaram o procedimento de contacto reproduzido na figura 1, procedendo do seguinte modo: 1 - identificação, 2 - pedido de colaboração na investigação com consentimento informado, 3 - realização do inquérito preliminar, 4 - aplicação do formulário PCD com consentimento informado. O preenchimento de cada formulário teve uma duração de cerca de 50 minutos.

<sup>3</sup> Os outputs gerados pelo software de referência geográfica podem ser consultados em: <http://www.bing.com/maps/?v=2&cp=41.244432367678236--8.637580898242163&lvl=15&sty=r&cid=7568FEB53E710AE1205>

A colheita de dados foi realizada pelos investigadores que, para além de preencher a totalidade do formulário, esclareceram dúvidas sempre que necessário. De referir ainda que, ao longo da colheita de dados, o investigador teve a necessidade de utilizar a observação e o seu juízo clínico, nomeadamente nas questões relacionadas com a condição de saúde do dependente. Os dados recolhidos foram arquivados e guardados numa base de dados SPSS.

FIGURA 1: Procedimento de contacto



### 3.9. Técnica de Análise e Tratamento de Dados

A introdução dos dados foi feita de forma automática por leitura ótica visto que os formulários aplicados no trabalho de investigação foram desenvolvidos, utilizando-se o software TELEform®. Após a sua leitura automática por um sistema de leitura ótica, os dados foram guardados numa base de dados ACCESS®. Os cinco

investigadores procederam, em conjunto, à verificação e correção de erros detetados, confrontando os dados lidos automaticamente com o registado nos formulários em suporte de papel. De facto, os poucos erros encontrados relacionaram-se com a dificuldade de leitura da caligrafia dos investigadores, por parte do software TELEform®.

Os dados foram tratados estatisticamente pelo programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 18.

### **3.10. Aspetos Éticos da Investigação**

Segundo Ribeiro (2010, p.68), “os investigadores desenham, conduzem e reportam investigação de acordo com padrões éticos e de competência científica reconhecidos (...)”. São princípios éticos fundamentais: a beneficência, a justiça e o respeito pela dignidade humana. A beneficência consiste essencialmente em respeitar a integridade física e psicológica dos participantes e garantir a ausência de exploração. A justiça inclui o direito ao tratamento justo e à privacidade. Finalmente, o respeito pela dignidade humana abarca o direito à autodeterminação e o direito à revelação total, dois elementos importantes nos quais se baseia o consentimento (Polit e Beck, 2011).

Neste estudo as questões éticas foram asseguradas através da obtenção do consentimento informado e na garantia de anonimização da informação.

A finalidade do estudo e o conteúdo do formulário foram dados a conhecer previamente antes de obter o consentimento, assim como, desde logo, foi garantido o anonimato, a privacidade e confidencialidade da informação recolhida.

O consentimento informado foi obtido em dois momentos conforme podemos constatar no formulário e através das perguntas “Aceita responder ao inquérito preliminar?” e “Aceita responder ao inquérito?” (Figura 1). A pessoa inquirida teve total autonomia para decidir a sua participação no estudo ou de interrompe-la a qualquer momento.

A comissão nacional de proteção de dados foi notificada e obteve-se autorização para a colheita de dados.



## **4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo, apresentam-se os resultados sob a forma de tabelas e dados descritivos, organizando-os de acordo com os objetivos da investigação. Identificámos, primeiramente a proporção de famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado, de seguida expomos os resultados relativos à caracterização das famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado, quanto ao tipo de família e tipo de alojamento, e por fim, apresentamos a análise descritiva referente ao tipo e grau de dependência por autocuidado (Tomar Banho, Vestir-se e Despir-se, Alimentar-se, Tomar Medicação, Transferir-se, Arranjar-se, Uso do Sanitário, Elevar-se, Virar-se, Usar Cadeira de Rodas e Andar) das pessoas dependentes integradas no seio familiar.

De referir, que para algumas variáveis apresentadas o n pode ser inferior a 98, devido à presença de *missings*. Esta situação está relacionada com o facto de haver determinadas questões não aplicáveis como, por exemplo, nos autocuidados: uso de cadeira de rodas e arranjar-se nas ações: barbeia-se e aplica maquilhagem.

### **4.1. Proporção de Famílias que Integram Dependentes no Autocuidado**

Ao longo da colheita de dados aceitaram responder ao inquérito preliminar 1491 famílias em que, 125 famílias integravam uma pessoa dependente. Das 125 famílias somente, 98 aceitaram participar no estudo, respondendo à parte II do formulário.

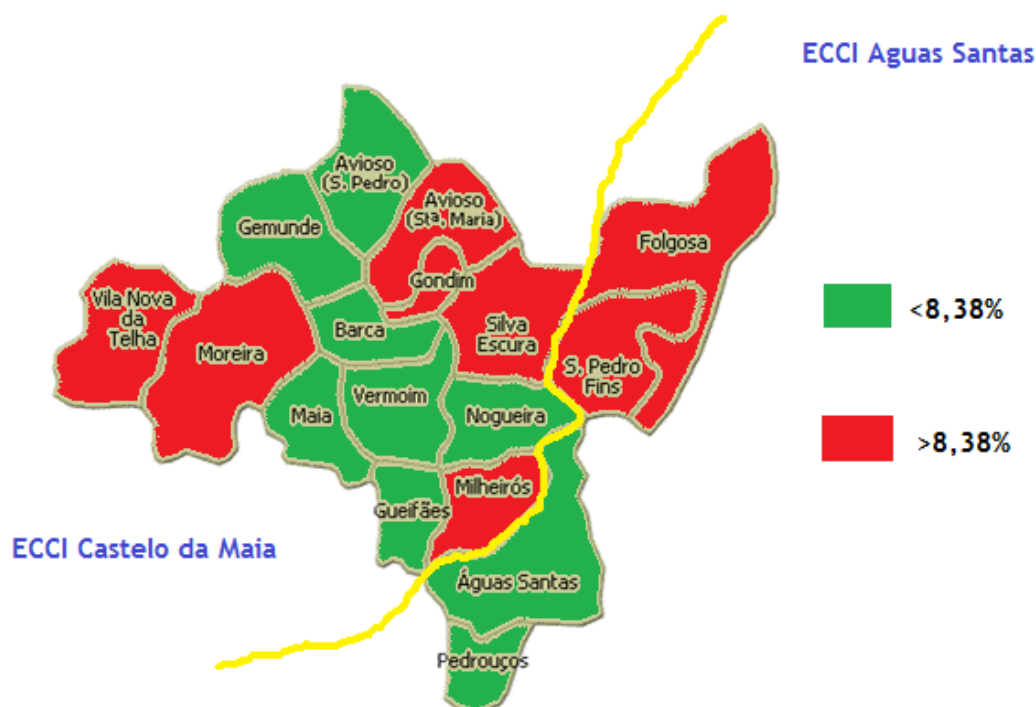
Conforme pode observar-se na tabela 8, as freguesias do concelho da Maia cujas famílias acolhem o maior número de dependentes são: Silva Escura (33,33%), São Pedro de Fins (20%) e Vila Nova da Telha (16,07%). Por outro lado é nas freguesias do Avioso São Pedro (2,08%), Nogueira (2,86%), Pedrouços (3,28%) e Maia (4,21 %), que se verifica menor proporção de dependentes a residir com as famílias. A proporção de famílias que integram dependentes no concelho da Maia é de 8,38%.

TABELA 8: Proporção de famílias que integram dependentes no autocuidado por freguesia

Freguesias do Concelho da Maia	Famílias clássicas da amostra	Com familiar dependente		Proporção de famílias que integram dependentes
		Não	Sim	
Águas Santas	265	251	14	5,28%
Avioso (Santa Maria)	83	76	7	8,43%
Avioso (São Pedro)	48	47	1	2,08%
Barca	24	22	2	8,33%
Folgosa	32	28	4	12,50%
Gemunde	48	45	3	6,25%
Gondim	36	31	5	13,89%
Gueifães	162	155	7	4,32%
Maia	95	91	4	4,21%
Milheirós	38	35	4	10,53%
Moreira	118	101	17	14,41%
Nogueira	70	68	2	2,86%
Pedrouços	122	118	4	3,28%
São Pedro Fins	30	24	6	20,00%
Silva Escura	48	32	16	33,33%
Vermoim	160	149	11	6,88%
Vila Nova da Telha	112	94	18	16,07%
<b>Total</b>	<b>1491</b>	<b>1366</b>	<b>125</b>	<b>8,38%</b>

Da análise representada na figura 2, podemos inferir que é maioritariamente nas freguesias consideradas rurais que existe o maior número de dependentes em contexto domiciliário. Como já referido anteriormente o concelho da Maia é servido por duas ECCI. Observando o mapa da distribuição dos dependentes por freguesia também verificamos que a área de abrangência de cada ECCI é díspar. A ECCI de Águas Santas serve apenas quatro freguesias (Águas Santas, Pedrouços, S. Pedro de Fins e Folgosa) com 14742 agregados familiares e uma percentagem de dependentes de 6,23%. Já a ECCI do Castelo serve as restantes 13 freguesias com 25827 agregados familiares e uma percentagem de dependentes de 9,30% (ACES Maia, 2011).

FIGURA 2: Apresentação das freguesias de acordo com a proporção de famílias que integram dependentes no autocuidado.



## 4.2. Caracterização das Famílias Clássicas que Integram Dependentes no Autocuidado

Relativamente ao tipo de família constatamos um valor percentual quase equitativo entre as famílias clássicas com um núcleo, 40 (41,2 %) e famílias clássicas com dois núcleos 44 (45,4 %), sendo que 6 (6,2 %) eram famílias clássicas sem núcleo e 7 (7,2 %) famílias clássicas com 3 núcleos, conforme se pode ler na tabela 3. Estudos recentes apresentam resultados semelhantes referindo que a maioria dos cuidadores são principalmente os cônjuges (Araújo, 2010).

TABELA 9: Caracterização dos agregados familiares quanto ao tipo de família.

Tipo de família	n	%
Clássica sem núcleos	6	6,2
Clássica com um núcleo	40	41,2
Clássica com dois núcleos	44	45,4
Clássica com três núcleos	7	7,2
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100</b>

Quanto à distribuição do agregado familiar segundo o rendimento, como se pode visualizar na tabela 10, 38 (38,8 %) tinham um rendimento entre 501 a 1000 euros, 31 (31,6%) entre 1001 e 2000 euros, 20 (20,4 %) entre 251 a 500 euros e 9 (9,2 %) entre 2001 e 5000 euros. Nenhuma família inquirida referiu rendimentos acima dos 5000 euros ou abaixo dos 250 euros mensais. Apesar de um grande número das famílias inquiridas apresentarem baixos rendimentos, existe a preferência destas em manter o dependente no seu domicílio, mantendo a sua intimidade e os seus hábitos de vida.

TABELA 10: Caracterização dos rendimentos dos agregados familiares

Rendimento do agregado familiar / mês	n	%
Menos de 250	-	-
De 251 a 500 euros	20	20,4
De 501 a 1000 euros	38	38,8
De 1001 a 2000 euros	31	31,6
De 2001 a 5000 euros	9	9,2
Mais de 5000 euros	-	-
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Pela análise da tabela 11, verificamos que o maior número de agregados familiares é constituído por 3 elementos com uma frequência de 26 (27,7 %), seguida pelos agregados constituídos por 2 elementos com 24 (25,5%). As menos representadas são as famílias com mais de 5 ou com apenas um elemento. Estes resultados estão em consonância com a informação exposta pelo INE, para os anos 2001 e 2011, que revelam uma tendência para estruturas familiares formada por um menor número de elementos.

TABELA 11: Caracterização dos agregados familiares quanto ao número de elementos que constituem a família

Número de elementos que constituem a família	n	%
1	2	2,1%
2	24	25,5%
3	26	27,7%
4	15	16,0%
5	16	17,0%
6	7	7,4%
7	1	1,1%
8	2	2,1%
9	1	1,1%
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

Analisando a tabela 12, concluímos que a maioria dos agregados familiares reside em moradias 80 (81,6 %) e 16 (16,3 %) em apartamento. Da nossa amostra, apenas 1 (1,0 %) agregado habita num edifício não clássico bem como num edifício de outro tipo.

TABELA 12: Caracterização do edifício de alojamento dos agregados familiares

Edifício de alojamento familiar	n	%
Clássico: apartamento	80	81,6
Clássico: moradia	16	16,3
Clássico: outro tipo	1	1,0
Não clássico	1	1,0
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

No que se refere às características do alojamento, tabela 13, constatámos que todos os agregados familiares apresentam: instalação de banho/duche e retrete com 94 (100 %). A maioria tem água canalizada 90 (95,7 %). Segundo o INE (Censos 2001), Portugal tem demonstrado uma evolução positiva nas características básicas dos alojamentos, sendo que 99,6% têm eletricidade, 97,4% água e 96,6% dispõem de um sistema de esgotos. No entanto, no nosso estudo, apenas 38 (46,3%) dos alojamentos permitem a acessibilidade a pessoas com mobilidade condicionada e só 35 (38,0%) têm aquecimento. Estes dados levam-nos a crer que é necessário um despertar para a problemática da acessibilidade e do aquecimento com vista a uma maior qualidade de vida do dependente.

TABELA 13: Caracterização do alojamento

Características do alojamento	n	%
Acessibilidade a PMC	38	46,3
Água canalizada	90	95,7
Instalação de banho ou duche	94	100,0
Aquecimento	35	38,0
Retrete	94	100,0

À questão “Necessidade de Reparações”, tabela 14, 52 (56,5%) das famílias inquiridas referiram que o alojamento não necessita de reparações, 22 (23,9%) indicaram ser necessárias pequenas reparações, seguido de 13 (14,1%) médias reparações. Os restantes agregados familiares expuseram a necessidade de efetuar grandes 4 (4,3%) e muito grandes 1 (1,1%) reparações no seu alojamento.

TABELA 14: Caracterização do alojamento quanto à necessidade de reparações

Necessidade de reparação do alojamento	n	%
Muito grandes	1	1,1
Grandes	4	4,3
Médias	13	14,1
Pequenas	22	23,9
Nenhumas	52	56,5
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Conforme podemos observar na tabela 15, o valor médio da área útil do alojamento é de 147,52 m<sup>2</sup> (DP=71,959). O alojamento tem em média 6,33 divisões (DP=1,978), onde coabitam em média 3,58 pessoas (DP=1,471).

TABELA 15: Caracterização do alojamento dos agregados familiares quanto à área, número de divisões e coabitantes

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Área útil do alojamento	50	500	147,52	71,959
N.º de divisões do alojamento	1	12	6,33	1,978
N.º de ocupantes do alojamento	1	8	3,58	1,471

#### 4.3. Caracterização da Pessoa Dependente, Tipo e Grau de Dependência por Autocuidado

As idades dos dependentes variam entre os 16 e os 97 anos (sendo a amplitude de variação de 81 anos). A média de idades é de 72,20 anos e o desvio padrão de 15,92 anos.

A leitura da tabela 16 mostra-nos que a maioria dos dependentes é do sexo feminino 70 (72,2%), e 90 (92,8%) são pensionistas/reformadas. Estes dados estão de acordo, com os encontrados em outros estudos, que revelaram a predominância de mulheres idosas dependentes (Petronilho, 2008; Araújo, 2010, Cunha, 2010; Leonardo, 2011; Martins, 2011; Pereira, 2011, Ribeiro, 2011).

Segundo Cunha (2010, p. 18), o fator género é referido na literatura como sendo “um dos fatores demográficos com influência ao nível da prevalência da maioria dos problemas de saúde”.

No estudo SHARE (Mackenbach *et al.*, 2005 citado por Almeida, 2009, p.46), “são apontadas prevalências quase sempre 25 a 50% mais elevadas entre as mulheres”.

Quanto à situação profissional, dadas as características da população em estudo, era expectável encontrar um grande número de reformados/pensionistas.

TABELA 16: Caracterização da pessoa dependente, segundo: o sexo e a profissão

<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Feminino	70	72,2
Masculino	27	27,8
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100</b>
<b>Profissão</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Desempregado	1	1,0
Doméstica	1	1,0
Estudante	1	1,0
Operário	1	1,0
Outra	2	2,1
Pensionista/reformado	90	92,8
Técnicos e profissionais de nível intermédio	1	1,0
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100</b>

Quanto à distribuição dos dependentes segundo o estado civil, tabela 17, 49 (51,0 %) dos dependentes são casados ou estão a viver em união de facto, 39 (40,6 %) são viúvos e apenas 8 (8,3 %) são solteiros.

TABELA 17: Caracterização dos dependentes segundo o estado civil

<b>Estado civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Casado/união de facto	49	51
Solteiro	8	8,3
Viúvo	39	40,6
Divorciado	-	-
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Relativamente à distribuição dos elementos da amostra quanto ao nível de escolaridade, tabela 18, constatamos que a grande maioria da população inquirida detém baixo nível de escolaridade. 55 (58,5 %) referem ter frequentado o 1º ciclo do ensino básico e 26 (27,7 %) são analfabetos. Este resultado é consonante com dados revelados, em 2001, pelo Observatório Nacional de Saúde em que 82,6% da população idosa inquirida (com mais de 65 anos) tinha um nível de instrução baixo, quatro anos de escolaridade ou menos (Carneiro *et al.*, 2012). Guerreiro (2003), citado por Cunha (2010, p.83), explicita que a população idosa atual foi em tempos uma geração afastada da escola, “confinadas ao espaço doméstico e dos saberes não formais”.

TABELA 18: Caracterização dos dependentes segundo o nível de escolaridade

Nível de escolaridade	n	%
Ensino Básico - 1º ciclo	55	58,5
Ensino Básico - 2º ciclo	6	6,4
Ensino Básico - 3º ciclo	3	3,2
Ensino Superior	4	4,3
Nenhum	26	27,7
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

Os dados referentes ao estado de saúde da pessoa dependente encontram-se na tabela 19. Quanto ao consumo de fármacos, verifica-se que existe uma toma diária de medicação com número elevado de medicamentos, 7,38 em média, e também, de grande variedade, sendo em média 5,92 medicamentos diferentes.

Efetivamente, segundo a OMS (1999) citado por Almeida (2009, p.122) a população idosa é “grande consumidor de fármacos, acumulando com frequência múltipla medicação, por períodos de tempo prolongados”. À elevada prevalência de consumo de vários medicamentos, por períodos continuados, justifica-se associar, as dificuldades económicas de muitos idosos portugueses com 65 ou mais anos de idade (Almeida, 2009). Esta problemática é uma das áreas de destaque do programa nacional para a saúde das pessoas idosas (2004, p.16) que recomenda, quanto à estratégia - “adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas”, a “prevenção dos efeitos adversos da automedicação e polimedicação”; a “melhoria da acessibilidade à informação sobre medicamentos e adequação da prescrição medicamentosa às pessoas idosas.” Constitui, desde modo, como fator essencial a considerar, a formação/qualificação não só dos profissionais de saúde e serviços sociais como também dos cuidadores informais (Almeida, 2009).

Podemos constatar também, que estes dependentes recorreram às urgências hospitalares no último ano em média 1,16 (DP=1,292), mas nem sempre necessitaram de internamento (média = 0,49 | DP = 0,888). Torna-se, deste modo, pertinente refletir se a vigilância da condição de saúde e o apoio na gestão do regime terapêutico por parte de uma equipa interdisciplinar de âmbito domiciliário, tornaria possível reduzir o recurso aos serviços de urgência.

TABELA 19: Caracterização da pessoa dependente quanto ao estado de saúde

Situação de saúde	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Internamentos no último ano	0	6	0,49	0,888
Variedade de Fármacos	0	17	5,92	3,018
Número de Fármacos nas tomas/dia	0	22	7,38	4,092
Episódios de recursos ao SU, no último ano	0	7	1,16	1,292



O consumo de medicamentos abrange a maioria da amostra em estudo como se pode verificar na tabela 20. Apenas um dependente referiu não consumir nenhum tipo de fármaco (1,10%).

TABELA 20: Caracterização dos dependentes quanto ao consumo de medicamentos

Consumo de medicamentos	n	%
Sim	93	98,90%
Não	1	1,10%
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

Relativamente ao modo de instalação da dependência, 62 (64,6%) tiveram uma instalação gradual da dependência, enquanto 34 (35,4%) foi de forma súbita, conforme se pode observar na tabela 21. Podemos deduzir que a progressividade da dependência poderá estar relacionada com o envelhecimento e/ou doença crónica. Relativamente ao tempo de dependência, a média é de 6,8 anos de tempo de duração, com um valor mínimo de 0,08 e um máximo de 60 anos, e um desvio padrão de 10,65 anos.

TABELA 21: Caracterização da dependência quando ao modo de instalação e duração em anos

Instalação da dependência	n	%
Gradual	62	64,6
Súbita	34	35,4
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Tempo de Dependência (anos)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
	0,08	60	6,8	10,65

O tipo e grau de dependência nos 11 domínios de autocuidado em estudo (Tomar Banho; Vestir-se e despir-se; Alimentar-se; Arranjar-se; Uso de sanitário; Elevar-se; Virar-se; Transferir-se; Usar cadeira de rodas; Andar; Tomar medicação), foi avaliado usando-se o instrumento de recolha de dados. Para analisar o nível de dependência de cada pessoa cuidada, face a cada tipo de autocuidado, realizou-se uma análise do total de indicadores que constituem cada um dos domínios do autocuidado, em que cada indicador é avaliado numa escala de Likert de 1 a 4, e da seguinte forma:

- **Dependente, não participa** (score 1) - pessoa totalmente dependente, não sendo capaz de realizar a atividade em análise;
- **Necessita de ajuda de pessoa** (score 2) - pessoa cuidada inicia e/ou completa a atividade em análise com a ajuda de uma pessoa;

- **Necessita de equipamento** (score 3) - pessoa cuidada é capaz de realizar a atividade em análise, mas com auxílio de equipamento adaptativo, não necessitando de ajuda de qualquer pessoa;

- **Completamente independente** (score 4) - pessoa cuidada sem qualquer tipo de dependência na realização da atividade em análise.

Como podemos constatar na tabela 22, referente à caracterização das pessoas dependentes por atividades no autocuidado - Tomar Banho, os dados demonstram um predomínio da dependência nas atividades de lavar e secar o corpo, sendo que 50 (51,0 %) necessitam da ajuda de uma pessoa e 41 (41,8%) são totalmente dependentes.

TABELA 22: Caracterização dos dependentes por atividades no autocuidado - Tomar Banho

Autocuidado: Tomar Banho	Dependente, não participa		Necessita da ajuda de uma pessoa		Necessita equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Obtém objetos para o banho	43	43,9	37	37,8	3	3,1	15	15,3
Abre a torneira	41	41,8	36	36,7	1	1,0	20	20,4
Regula a temperatura da água	42	42,9	36	36,7	1	1,0	19	19,4
Regula o fluxo da água	42	42,9	36	36,7	1	1,0	19	19,4
Lava-se no chuveiro	41	41,8	48	49,0	2	2,0	7	7,1
Lava o corpo	41	41,8	50	51,0	1	1,0	6	6,1
Seca o corpo	41	41,8	50	51,0	1	1,0	6	6,1

Face ao autocuidado Vestir-se e despir-se (Tabela 23), verificámos uma maior percentagem de pessoas dependentes, não participa e necessita da ajuda de uma pessoa, nas atividades calçar (84,5%) e descalçar as meias (83,7%), calçar (81,6%) e descalçar os sapatos (82,7%). Salienta-se, ainda, que 41 (41,8%) são completamente independentes no “abotoar e desabotoar as roupas”, seguido do “segurar as roupas” com 40 (41,2%), e o “usar fechos” com 37 (37,1%). Tal facto sugere que quanto mais complexa é a atividade em amplitude de movimento ativo (ex: flexão do tronco para aceder aos membros inferiores e flexão e abdução da articulação gleno-umeral para vestir e despir a parte superior) maior é a incapacidade da sua realização. No que se refere ao escolher as roupas e retirar as roupas da gaveta e do armário, 43 (43,9%) e 47 (48,0%), respetivamente, é dependente o que poderá estar relacionado com o défice cognitivo, com a dificuldade na mobilidade e acessibilidade ou simplesmente o não incentivo à autonomia por parte do prestador de cuidados.

**TABELA 23: Caracterização dos dependentes por atividades no autocuidado - Vestir-se e Despir-se**

<b>Autocuidado: Vestir-se e Despir-se</b>	Dependente, não participa		Necessita da ajuda de uma pessoa		Necessita equipamento		Completamente independente	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Escolhe as roupas	43	43,9	22	22,4	1	1,0	32	32,7
Retira as roupas da gaveta e do armário	47	48,0	24	24,5	0	0	27	27,6
Segura as roupas	32	33,0	25	25,8	0	0	40	41,2
Veste as roupas na parte superior do corpo	35	35,7	34	34,7	0	0	29	29,6
Veste as roupas na parte inferior do corpo	35	35,7	34	34,7	0	0	29	29,6
Despe as roupas na parte superior do corpo	38	38,8	36	38,7	0	0	24	24,5
Despe as roupas na parte inferior do corpo	34	34,7	36	36,7	0	0	28	28,6
Abotoa as roupas	32	32,7	25	25,5	0	0	41	41,8
Desabotoa as roupas	32	32,7	25	25,5	0	0	41	41,8
Usa cordões para amarrar	37	38,1	35	36,1	0	0	25	25,8
Usa fechos	33	34,0	26	26,8	2	2,1	36	37,1
Calça as meias	39	40,2	43	44,3	1	1,0	14	14,4
Descalça as meias	39	39,8	43	43,9	1	1,0	15	15,3
Calça os sapatos	39	39,8	41	41,8	1	1,0	17	17,3
Descalça os sapatos	37	37,8	44	44,9	0	0	17	17,3

Quanto à caracterização dos dependentes por atividades no autocuidado - Arranjar-se, tabela 24, verifica-se de forma similar que as atividades que requerem mais minúcia na sua execução estão associadas a uma maior dependência. Deste modo, não participam nas atividades: “barbeia-se” 28 (54,9%), “aplica maquilhagem” 29 (53,7%) e “cuida das unhas” 50 (51,0%) dependentes, respetivamente.

**TABELA 24: Caracterização dos dependentes por atividades no autocuidado Arranjar-se**

<b>Autocuidado: Arranjar-se</b>	Dependente, não participa		Necessita da ajuda de uma pessoa		Necessita equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Penteia ou escova os cabelos	34	35,1	17	17,5	1	1,0	45	46,4
Barbeia-se	28	54,9	8	15,7	0	0	15	29,4
Aplica maquilhagem	29	53,7	10	18,5	1	1,9	14	25,9
Cuida das unhas	50	51,0	32	32,7	0	0	16	16,3
Usa um espelho	33	34,0	9	9,3	0	0	55	56,7
Aplica o desodorizante	33	34,0	20	20,6	1	1,0	43	44,3
Limpa a área do períneo	36	36,7	33	36,7	0	0	29	29,6
Limpa as orelhas	34	34,7	21	21,4	0	0	43	43,9
Mantém o nariz desobstruído e limpo	43	43,9	37	37,8	3	3,1	15	15,3
Mantém a higiene oral	31	31,6	15	15,3	2	2,0	50	51,0

Quanto aos dados referentes à caracterização dos dependentes no autocuidado alimentar-se, tabela 25, verificamos que, apesar da maioria ser autónoma nas atividades relacionadas com a condução dos alimentos à boca, 92 (94,8 %) não se alimentariam caso não obtivessem ajuda na preparação dos alimentos.

TABELA 25: Caracterização dos dependentes por atividades no autocuidado Alimentar-se

Autocuidado: Alimentar-se	Dependente, não participa		Necessita da ajuda de uma pessoa		Necessita equipamento		Completamente independente	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Prepara os alimentos para a ingestão	71	73,2	21	21,6	0	0	5	5,2
Abre recipientes	60	61,2	22	22,4	2	2,0	14	14,3
Utiliza utensílios	41	41,8	18	18,4	3	3,1	36	36,7
Coloca o alimento no utensílio	28	28,9	20	20,6	1	1,0	48	49,5
Pega no copo ou chávena	17	17,3	10	10,2	0	0	71	72,4
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	18	18,4	11	11,2	1	1,0	68	69,4
Leva os alimentos à boca com recipiente	16	16,5	14	14,4	1	1,0	66	68,0
Leva os alimentos à boca com os utensílios	17	17,3	11	11,2	1	1,0	69	70,4
Bebe por copo ou chávena	16	16,5	11	11,3	0	0	70	72,2
Coloca os alimentos na boca	16	16,5	11	11,3	0	0	70	72,2
Conclui uma refeição	17	17,3	15	15,3	1	1,0	65	66,3

Relativamente à caracterização dos dependentes por atividades no autocuidado uso do sanitário, tabela 26, constatamos que as maiores percentagens se situam em *completamente independente* à exceção do item “fazer a higiene íntima após urinar ou evacuar” em que 40 (41,2%) dos dependentes necessitam da ajuda de uma pessoa. Tal facto sugere um défice de conhecimentos, habilidades e/ou estratégias adaptativas que incentivem a autonomia nesta atividade específica.

TABELA 26: Caracterização dos dependentes por atividades no autocuidado Uso do Sanitário

Autocuidado:	Dependente, não participa		Necessita da ajuda de uma pessoa		Necessita equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ocupa e desocupa o sanitário	24	25,0	23	24,0	6	6,3	43	44,8
Tira as roupas	27	27,8	30	30,9	0	0	40	41,2
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	25	26,0	19	19,8	6	6,3	46	47,9
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	28	28,9	40	41,2	1	1,0	28	28,9
Ergue-se da sanita	24	25,0	23	24,0	7	7,3	42	43,8
Ajusta as roupas após a higiene íntima	27	27,8	33	34,0	0	0	37	38,1

O grau de dependência do autocuidado elevar-se traduz-se na avaliação de apenas uma atividade, “Levantar parte do corpo”. Nesta atividade, a maioria dos dependentes necessita de ajuda de uma pessoa 33 (33,7 %) e 22 (22,4%) é dependente/não participa (Tabela 27).

TABELA 27: Caracterização dos dependentes na atividade inerente ao autocuidado Elevar-se

Autocuidado: Elevar-se	Dependente, não participa		Necessita da ajuda de uma pessoa		Necessita equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Levantar parte do corpo	22	22,4	33	33,7	11	11,2	32	32,7

Pelos dados da tabela 28, verificamos que a maioria, 56 (57,1 %), é completamente independente no virar-se, movendo o corpo de um lado para o outro, enquanto 40 (40,8 %) dependentes não participam ou necessitam de ajuda de uma pessoa para virar-se. Este resultado remete-nos para a necessidade de prevenção dos riscos inerentes à imobilidade e, como tal, da importância, neste campo do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros a nível das equipas de cuidados domiciliários.

TABELA 28: Caracterização dos dependentes na atividade inerente ao autocuidado Virar-se

Autocuidado: Virar-se	Dependente, não participa		Necessita da ajuda de uma pessoa		Necessita equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro	20	20,4	20	20,4	2	2,0	56	57,1

Observando a tabela 29 relativa ao domínio autocuidado transferir-se, apuramos que as maiores percentagens encontram-se em *completamente independente*. Contudo, os valores percentuais que resultam do somatório dos casos dependente, não participa (score 1) e dos casos que necessita de ajuda de uma pessoa (score 2), no que se reporta aos itens “Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão” e “Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama” cifram-se nos 56,2% (n 54) e 56,8% (n 54), respetivamente.

**TABELA 29: Caracterização dos dependentes por atividades no autocuidado Transferir-se**

<b>Autocuidado: Transferir-se</b>	Dependente, não participa		Necessita da ajuda de uma pessoa		Necessita equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	22	22,9	32	33,3	9	9,4	33	34,4
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	23	24,2	31	32,6	9	9,5	32	33,7

Da totalidade dos 98 dependentes, 35 tinham cadeira de rodas no domicílio. Destes, a maioria 24 (68,6 %) é completamente incapaz de a manobrar em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos a diferentes velocidades nem é capaz de movimentar o corpo de um lado para o outro 20 (57,1%). Depreende-se, assim, que o equipamento cadeira de rodas é utilizado pelo prestador de cuidados para transportar o dependente, conforme se pode verificar na tabela 30.

**TABELA 30: Caracterização dos dependentes por atividades no autocuidado Usar Cadeira de Rodas**

<b>Autocuidado: Usar Cadeira de Rodas</b>	Dependente, não participa		Necessita da ajuda de uma pessoa		Necessita equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	20	57,1	8	22,9	0	0	7	20,0
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	17	48,6	13	37,1	0	0	5	14,3
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	24	68,6	5	14,3	0	0	6	17,1

Da análise da tabela 31, verificamos que a maioria 53 (54,6%) deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos de forma independente ou com recurso a equipamento. O grau de dependência aumenta à medida que surgem obstáculos (declives e degraus) ou aumentam as distâncias do percurso de tal maneira que apenas 15 (15,4 %) é autónomo a percorrer distâncias superiores a 500 metros.

TABELA 31: Caracterização dos dependentes por atividades no autocuidado Andar

Autocuidado: Andar	Dependente, não participa		Necessita da ajuda de uma pessoa		Necessita equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Suporta o próprio corpo na posição de pé	20	20,6	18	18,6	17	17,5	42	43,3
Deambula, passadas eficazes, a diferentes ritmos	31	32,0	13	13,4	26	26,8	27	27,8
Sobe e desce degraus	37	38,5	28	29,2	15	15,6	16	16,7
Deambula em aclives e declives	41	42,7	25	26,0	17	17,7	13	13,5
Percorre distâncias curtas (<100m)	38	39,2	15	15,5	22	22,7	22	22,7
Percorre distâncias moderadas (>100m<500m)	55	56,1	21	21,4	10	10,3	11	11,3
Percorre longas distâncias (>500m)	59	60,2	23	23,5	9	9,2	6	6,2

De acordo com a tabela 32, verificamos que a maioria, 58 (59,2 %) dos dependentes não providencia medicamentos, mas que 54 (55,1%) é completamente independente para a toma da medicação. Este cenário poderá ter várias justificáveis: incapacidade cognitiva para uma gestão eficaz e responsável do regime terapêutico, não incentivo do prestador de cuidados na promoção de autonomia e a inoperância dos profissionais de saúde para o ensino e treino para a autogestão do regime terapêutico. Por outro lado, podemos depreender, ainda, que a responsabilidade da gestão do regime terapêutico, perante uma população maioritariamente idosa, analfabeta ou de baixa escolaridade, é assumida pelo prestador de cuidados. Dado que a maioria é dependente para percorrer longas distâncias, o providenciar e o preparar a medicação são atividades que o próprio não consegue desenvolver.

TABELA 32: Caracterização dos dependentes por atividades no autocuidado Tomar Medicação

Autocuidado: Tomar Medicação	Dependente, não participa		Necessita da ajuda de uma pessoa		Necessita equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Providencia medicamentos	58	59,2	20	20,4	0	0	20	20,4
Prepara a medicação	54	55,1	23	23,5	0	0	21	21,4
Toma a medicação	28	28,6	16	16,3	0	0	54	55,1

Após identificarmos a frequência absoluta e relativa do tipo de dependência de cada atividade de autocuidado, pretendemos conhecer qual o nível de dependência das pessoas cuidadas face a cada domínio de autocuidado. Desta forma, tendo em atenção os itens “não nulos” ou “aplicáveis” a cada um dos casos,

computamos os indicadores, considerando o seguinte procedimento, aplicado sequencialmente

- **Dependente, não participa** - casos que obtiveram score 1 em todos os itens aplicáveis da escala;
- **Completamente independente** - casos que obtiveram score 4 em todos os itens aplicáveis da escala;
- **Necessita de equipamento** - casos não incluídos nos itens anteriores; que só necessitam de equipamento; apresentaram em alguns itens scores > 2, podendo em alguns dos itens ter score 4.
- **Necessita de ajuda de pessoa** - os casos que não foram categorizados em nenhuma das alíneas anteriores foram incluídas nesta.

Assim o autocuidado onde se verifica maior número de dependentes é no alimentar-se, visto que o somatório do número de pessoas incluídas no score 1 - dependente, não participa: 16 (16,3%) e no score 2 - necessita de ajuda de uma pessoa: 77 (78,6%) dá a totalidade de 93 (94,9%). Os autocuidados Tomar banho com 92 (93,9%) e o Vestir-se e despir-se com 90 (91,8%) são os autocuidados que a seguir apresentam o maior número de pessoas dependentes.

O único domínio do autocuidado em que o grau de dependência é menor, refere-se ao Virar-se em que 56 (57,1%) das pessoas é completamente independente.

Do mesmo modo, para Ribeiro (2011) e Silva (2011), um dos autocuidados com maior número de dependentes é o autocuidado alimentar-se e aquele em que se verifica menor número de dependentes é o autocuidado virar-se.

TABELA 33: Síntese para cada um dos autocuidados

AUTOCUIDADOS	Dependente, não participa (1)		Necessita da ajuda de uma pessoa (2)		Necessita equipamento (3)		Completamente independente (4)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tomar Banho	37	37,8	55	56,1	2	2,0	4	4,1
Vestir-se e despir	24	24,5	66	67,3	1	1,0	7	7,1
Arranjar-se	25	25,5	62	63,3	0	0	11	11,2
Uso de sanitário	23	23,7	47	48,5	3	3,1	24	24,7
Alimentar-se	16	16,3	77	78,6	1	1,0	4	4,1
Elevar-se	22	22,4	33	33,7	11	11,2	32	32,7
Virar-se	20	20,4	20	20,4	2	2,0	56	57,1
Transferir-se	22	22,9	33	34,4	9	9,4	32	33,3
Usar cadeira de rodas	20	20,6	9	9,1	0	0	6	6,1
Andar	20	20,6	68	70,1	3	3,1	6	6,1
Tomar medicação	28	28,6	51	52,0	0	0	19	19,4



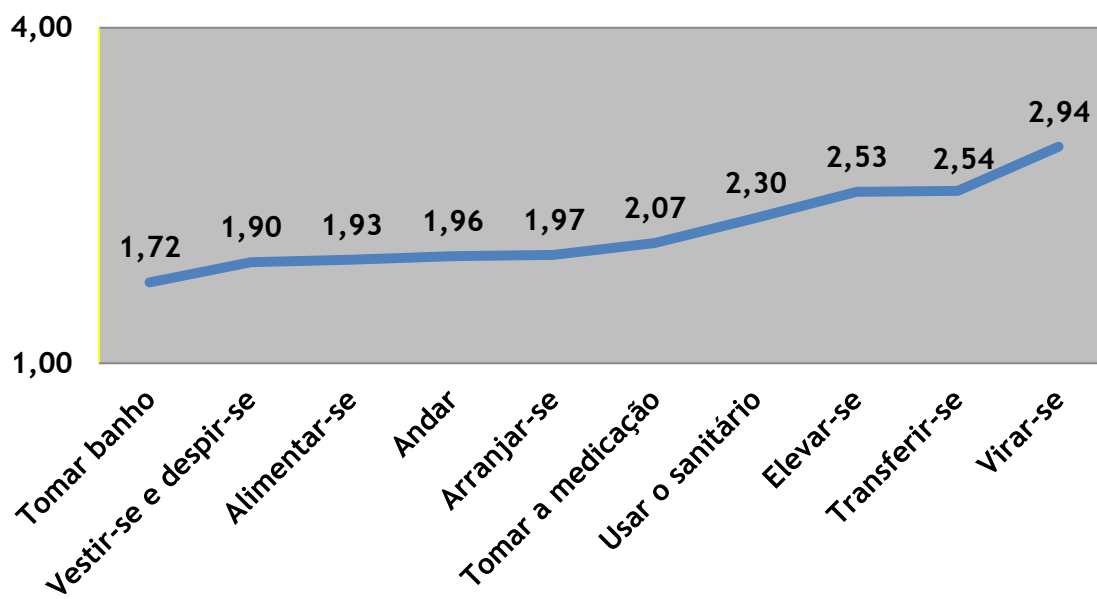
Para a análise do nível de dependência geral (global) no autocuidado, procedemos à sua computação respeitando os mesmos princípios que descrevemos anteriormente, relativamente à computação dos níveis gerais de dependência para cada um dos onze domínios do autocuidado. Como podemos constatar na Tabela 34, todos os elementos da amostra são dependentes da ajuda do familiar cuidador: 8 (8,2%) são dependentes, não participando em nenhuma atividade e 90 (91,8%) necessitam da ajuda de pessoas. Nenhum dependente consegue atenuar ou neutralizar o seu grau de dependência recorrendo a equipamento. Estes resultados aproximam-se daqueles que foram encontrados por Ribeiro (2011) e Silva (2011). Pois, também verificaram que a grande maioria da amostra é dependente e necessita da ajuda de uma pessoa para realizar atividades de autocuidado.

TABELA 34: Nível global de dependência

Scores	n	%
Score 1 - Dependente não participa	8	8,2
Score 2 - Necessita de ajuda de pessoas	90	91,8
Score 3 - Necessita de equipamento	0	0
Score 4 - Completamente independente	0	0
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Por fim, a computação do score geral para cada caso baseou-se na média de todos os itens das diferentes escalas de avaliação da dependência no autocuidado. Com base na média dos scores de cada domínio, apurámos a média do Autocuidado Global. Desta forma, constatámos que o valor médio do Autocuidado Geral é 2,19. Tendo como referência o valor médio do Autocuidado Geral, pudemos verificar (gráfico 1) que os autocuidados com maior dependência são o Tomar Banho com o valor de 1,72, Vestir-se e Despir-se com 1,90, Alimentar-se com 1,93 e Andar com 1,96. Os três domínios do autocuidado Elevar-se (2,53), Transferir-se (2,54) e Virar-se (2,94) sugerem menor dependência. Contudo, são os que permitem passar-se da posição de deitado para sentado no leito, e de sentado para de pé elevando-se até atingir a posição bípede. Apesar do menor grau de dependência nestes domínios, estes utentes sem um familiar cuidador estariam confinados ao leito, conforme concluímos através da tabela 34.

GRÁFICO 1: Distribuição das médias de scores por domínio de autocuidado



## 5. CONCLUSÃO

Atualmente, a nossa sociedade mostra uma tendência evidente para o envelhecimento com uma esperança média de vida a elevar-se exponencialmente. Para além de uma marcada falta de rejuvenescimento, é também patente a amplificação do fenómeno das doenças crónicas. Consequentemente, a quantidade de pessoas com algum tipo de limitação para o autocuidado aumenta significativamente. Em Portugal, a dependência no autocuidado assume inegavelmente um destaque crescente nas políticas de saúde e social.

No concelho da Maia verificámos, no nosso estudo, que a proporção de famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado é de 8,38%, valor inferior ao encontrado no concelho de Paços de Ferreira, 11,7% (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011; Silva, 2011), e superior ao do concelho de Lisboa, 7,95% (Martins, 2011). Constatamos que é nas freguesias consideradas rurais que a maioria dos dependentes se encontra ao cuidado das famílias (Silva Escura, 33,33%; São Pedro de Fins, 20% e Vila Nova da Telha, 16,07%), resultados estes, também, encontrados em outros estudos (Leonardo, 2011; Martins, 2011; Pereira, 2011), o que parece poder indicar que “esta orientação pode dever-se às vivências e às relações de convivialidade em meio rural, sendo consideradas como promotoras de uma cultura familiar que privilegia os idosos e as suas necessidades de cuidados” (Imaginário, 2004, p.30).

Pudemos identificar, através dos dados obtidos, o perfil da pessoa dependente no autocuidado, verificando que tem uma média de idade de 72 anos, é predominantemente do sexo feminino, maioritariamente casada ou viúva, com nenhuma escolaridade ou com o 1º ciclo básico, reformada/pensionista, e estando inserida em famílias clássicas com 1 ou 2 núcleos com rendimento mensal compreendido entre os 500 e os 1000 euros.

De referir ainda que a instalação da dependência, é gradual presumivelmente por envelhecimento e/ou doença crónica, contribuindo para uma variabilidade da medicação e respetiva multiplicidade das tomas diárias. Quanto ao reduzido número de idas às urgências ou de internamentos no último

ano poderá estar relacionado com a implantação das duas ECCI no concelho da Maia, desde 2010. Atualmente, as ECCI do concelho da Maia têm taxas de ocupação superiores à média da região norte (ARS Norte, 2013), o que claramente revela a necessária continuidade desta tipologia de resposta da RNCCI. A criação desta tipologia da rede com fixação em vários concelhos do país parece que tem vindo a responder às necessidades da população.

Pretendemos realçar que as pessoas dependentes inseridas no seio das famílias clássicas do concelho da Maia são pessoas com elevados níveis de dependência no autocuidado com uma média de score de 2,19.

Importa recordar que o score mais baixo (score 1) corresponde ao nível mais profundo de dependência, enquanto os scores mais elevados (score 2 e 3) dizem respeito a níveis menos intensos de dependência. Por sua vez, o score 4 diz respeito à completa independência no autocuidado.

Considerando os scores médios de dependência em cada um dos tipos de autocuidado, verificámos que a maior dependência regista-se no autocuidado Tomar Banho ( $M= 1,72$ ) seguido do Vestir-se e Despir-se ( $M= 1,90$ ) e a menor dependência situa-se nos autocuidados: Virar-se ( $M= 2,94$ ), Transferir-se ( $M=2,54$ ) e Elevar-se ( $M=2,53$ ). No entanto, queremos destacar que a dependência nos autocuidados Elevar-se ( $M= 2,53$ ), Transferir-se ( $M=2,54$ ) e Virar-se ( $M=2,94$ ) indica-nos que estas pessoas pertencem a um grupo de pessoas que estão confinados ao leito, ou seja, que não saem da cama e, como tal, são as mais dependentes e com mais necessidades no autocuidado. Verificamos, também, que todas as 98 pessoas que constituíram a amostra dependem do familiar cuidador para suprir os défices de autocuidado.

Este resultado não difere de outros estudos que também identificaram o autocuidado tomar banho e o vestir-se/despir-se com níveis mais elevados de dependência (Duque, 2009) e o autocuidado virar-se como sendo aquele em que a maioria das pessoas manifesta níveis de completa independência (Duque, 2009; Martins, 2011).

Em estudos semelhantes (Ribeiro, 2011, Silva, 2011) foi encontrada evidência de convergência nos resultados. Individualmente e por autocuidado: no que se refere ao autocuidado tomar banho, é maior o número de dependentes na atividade “lavar e secar o corpo”; no autocuidado vestir-se/despir-se, é maior o número de dependentes na atividade “calçar as meias”; no autocuidado arranjar-se, é maior o número de dependentes na atividade “cuida das unhas”; no que refere ao autocuidado alimentar-se a maioria também é independente na condução de alimentos à boca; no que diz respeito ao autocuidado uso de sanitário a atividade

“faz a higiene íntima após urinar ou evacuar” constitui uma das atividades em que as pessoas são mais dependentes; no autocuidado virar-se a maioria é independente, assim como no autocuidado transferir-se verificam-se maiores percentagens em *completamente independente*; no que se refere ao autocuidado cadeira de rodas, a maioria também não consegue “manobrar em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida”; relativamente ao autocuidado andar, relatam maiores níveis de dependência nos percursos de longas distâncias; aludindo ao autocuidado tomar a medicação, verificaram maiores percentagens de dependência nas atividades “providencia medicamentos” e “prepara a medicação, sendo a maioria também independente na atividade “toma a medicação” (Ribeiro, 2011, Silva, 2011). A divergência dos resultados foi encontrada no autocuidado elevar-se “levantar parte do corpo”, em que registamos um maior número de dependentes (Ribeiro, 2011, Silva, 2011).

Os resultados encontrados no domínio do autocuidado “andar” e a ausência de acessibilidade a PMC nos alojamentos, impõem dificuldades significativas para a reabilitação e readaptação do dependente.

Depreendemos ainda, pela análise dos resultados do domínio alimentar-se, que o papel adotado pelo prestador de cuidados no âmbito deste autocuidado é o de não agir pela pessoa dependente, incentivando à condução dos alimentos à boca. O mesmo acontece quando debruçamos a nossa análise sobre os dados referentes ao domínio do autocuidado tomar a medicação, onde a polarização dos dados é patente, pois nenhum dependente necessita de equipamento e a maioria dos dependentes não participa no providenciar e preparar os medicamentos, no entanto é completamente independente na sua toma.

Por este motivo, considerámos de relevância as conclusões inferidas no estudo de Pereira (2011, p.98) que aflora a problemática dos “cuidados substitutivos” pelo principal prestador de cuidados. A autora realça que a análise aos resultados obtidos remete para “um perfil de prestação de cuidados (...), pouco centrado na promoção da autonomia da pessoa dependente” (Pereira, 2011, p.98).

Os dados encontrados, no nosso estudo, evidenciam necessidades de apoio nos mais variados tipos de autocuidado, nomeadamente, na realização do autocuidado tomar banho, vestir-se/despir-se, virar-se, o que nos faz pensar que, se estas pessoas dependentes tivessem sido estimuladas e assistidas por terceiros ou auxiliadas por equipamentos na promoção da sua autonomia, não apresentariam estes défices e, conseqüentemente estariam com um melhor bem-estar físico e emocional.

Neste sentido e, neste contexto, os enfermeiros são um grupo profissional indispensável, pois mobilizam processos de capacitação e de apoio, orientados para a singularidade da pessoa, promovem ações de educação terapêutica e implementam estratégias que melhoram a transição e adaptação a uma nova situação de vida.

Compete aos enfermeiros de reabilitação diagnosticar e implementar ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos dependentes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visem melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nos autocuidados e minimizar as incapacidades instaladas.

Assinalamos, ainda, no que se refere à capacidade para mobilizar-se, que as intervenções dos enfermeiros concretizadas em exercícios de treino de equilíbrio, força, reeducação postural, verticalização e marcha e/ou a prescrição adequada de produtos de apoio permitiria a obtenção de ganhos substanciais nos domínios: elevar-se e transferir-se, e posteriormente no andar e usar o sanitário. Também, a orientação profissional para a adaptação do ambiente físico e equipamento poderia repercutir-se na melhoria dos níveis de dependência nos autocuidados.

Segundo a nossa perspetiva, as ECCI são ferramentas únicas potenciadoras da promoção da autonomia da pessoa dependente, contribuindo para ganhos significativos em saúde. É imprescindível sabermos se estamos ou não preparados para a prestação destes cuidados, se somos ou não somos enfermeiros suficientes para responder a estas necessidades em autocuidado e se o país necessita ou não de mais unidades funcionais como as UCC ou de mais camas alocadas às ECCI. Estes dados que nos faltam, poderão: motivar politicamente a constituição e aprovação de UCC e ECCI, justificar a contratação de novos enfermeiros para dar resposta às necessidades em saúde e delinear novas linhas de investigação em enfermagem na dinâmica educativa.

No concelho da Maia a assimetria verificada quanto à área de abrangência, o número de agregados familiares e a percentagem de dependentes remete para uma questão fundamental: perceber se os recursos humanos de cada uma das ECCI são adequados ao diagnóstico de situação efetuado neste estudo, não só em termos de número, mas também às competências específicas e acrescidas de cada profissional.

Por isso, consideramos que as equipas de enfermagem na comunidade permitiriam responder, de forma adequada e atempada, às necessidades das pessoas dependentes inseridas nas famílias clássicas do concelho da Maia. Pois, a

implementação de cuidados de enfermagem de proximidade permitem melhorar a qualidade de vida do dependente e respetiva família, dado que melhora o acesso aos cuidados de saúde, promove a autonomia, minimiza os efeitos da doença e da incapacidade, previne e/ou adia institucionalizações.

Quanto às limitações do nosso estudo, salientámos que a recolha de dados em determinadas situações baseou-se na informação dada pelo cuidador, dado o receio das pessoas em abrir a porta, o que nos inviabilizou observar a condição de saúde da pessoa dependente. Outra dificuldade sentida foi a reduzida disponibilidade dos cuidadores para responder ao formulário.

Com este trabalho de investigação, exploramos um tema atual e pertinente e tecemos contributos para o desenvolvimento da profissão e simultaneamente para a melhoria da prestação de cuidados. Posteriores investigações, neste âmbito, permitiriam dar respostas consentâneas às necessidades dos dependentes e famílias.

Por fim, é certo que a elaboração desta dissertação contribuiu para aprofundar conhecimentos não só no âmbito da investigação como também para a incorporação destes na nossa prática clínica.

Surge, neste sentido, como desafio às equipas de Enfermagem, conhecer a estrutura e as dinâmicas familiares, detetar as necessidades de mudança estrutural e física do ambiente e adequar os cuidados à pessoa com dependência e família tornando-se assim, importante desenvolver modelos de intervenção na comunidade, com maior proximidade às pessoas dependentes e às suas famílias. Na verdade, a família é o principal pilar da sociedade e a primeira unidade social onde a pessoa se insere, constituindo-se como importante recurso, de apoio à pessoa dependente, assumindo-se como uma das principais entidades prestadores de cuidados às pessoas dependentes.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACES MAIA - Relatório Anual sobre o acesso a cuidados de saúde 2011. [Em Linha]. ARS Norte [Consult. 12 de Jan. de 2014]. Disponível em: [http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Documentos/Relat%C3%B3rios/ACES/Relat%C3%B3rio%20de%20Acesso\\_2011%20ACES%20%20Maia.pdf](http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Documentos/Relat%C3%B3rios/ACES/Relat%C3%B3rio%20de%20Acesso_2011%20ACES%20%20Maia.pdf).

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAUDE DO NORTE, I.P. - Relatório de monitorização da atividade nos Cuidados Continuados Integrados na região norte em 2012 [Em linha]. Porto: Departamento de contratualização, 2013. [Consult: 13 de 11 de 2013]. Disponível em: [http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20Continuados%20Integ./Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20Anual%20Atividade/Ficheiros/Relatorio\\_Monitorizacao\\_Atividade\\_Cuidados\\_Continuados\\_I.pdf](http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20Continuados%20Integ./Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20Anual%20Atividade/Ficheiros/Relatorio_Monitorizacao_Atividade_Cuidados_Continuados_I.pdf).

ALMEIDA, M. - *Promoção da Saúde depois dos 65 anos : elementos para uma política integrada de envelhecimento*; Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa: 2009. Tese de Doutoramento.

ARAÚJO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. - Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: a sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*. III série, n.º 2 (Dezembro. 2010), p.45-53.

ARAÚJO, Isabel - *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem*; Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto: 2010. Tese de Doutoramento.

ARAÚJO, I.; SANTOS, A. - Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação; *Revista de Enfermagem de Referência*. III série, n.º6 (Março 2012), p. 95-102.

BACKMAN, K.; HENTINEN, M. - Factors associated with the self-care of home dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 15, nº 3 (Set. 2001), p. 195 - 202.

BACKMAN, K.; HENTINEN, M. - Model for the self-care of home-dwelling elderly *Journal of Advanced Nursing*. 30, nº 3 (Set. 1999), p. 564 - 572.

BOLANDER, Verolyn - Necessidades Humanas. In SORENSEN e LUCKMANN - *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, 1998, Cap. 15, p. 315.

BRANCO, M. ; PAIXÃO, E. - Uma observação sobre Cuidados Continuados no domicílio [Em linha].Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2008. [Consult. 12 do 11 de 2013]. Disponível em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/Cuidados.pdf>.

CÂMARA MUNICIPAL DA MAIA - Diagnóstico Social da Maia [Em linha]. Maia: 2007. [Consult. 02 de 06 de 2013]. Disponível em: [http://www.cm-maia.pt/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=124&Itemid=92](http://www.cm-maia.pt/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=124&Itemid=92).

CARNEIRO, R. [et al.] - O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade. Lisboa: Centro de estudos dos povos e culturas de Expressão portuguesa. Faculdade de ciências humanas. Universidade católica portuguesa, 2012.

CARPENITO - MOYET, L. - Manual de Diagnósticos de Enfermagem. 6ª Edição. Porto Alegre: Artes médicas,1998.

CARVALHO, M. - Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. [Em linha]. 12 (1), Revista Kairós, 2009. [Consult: 18 de 01 de 2013]. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2781/1816>.

COMISSÃO EUROPEIA. Uma Europa de cabelos grisalhos: é necessário prepararmos-nos - 15/05/2012. [Em linha]. 2012. [Consult. 17 de Dez. de 2013]. Disponível em: [http://ec.europa.eu/news/economy/120515\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/news/economy/120515_pt.htm).

COMISSÃO EUROPEIA. Survey of the current status of research into “Ageing” in the Europe by the ad hoc advisory committee on coordination of RTD Policies. [Em linha]. European Communities, 1999. [Consult. 06 de Fev. de 2013]. Disponível em: <http://ec.europa.eu/research/biomed/ageing-book.pdf>.

COMISSÃO EUROPEIA. The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010-2060). . [Em linha]. European Communities, 2012. [Consult. 06 de Fev. de 2013]. Disponível em: [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2012/pdf/ee-2012-2\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf).

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE Versão 1.0*. [trad.] Ordem dos Enfermeiros e USINE. Geneva: ICN, 2006.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [Em linha]. Versão 2.0: Ordem dos Enfermeiros, 2010. [Consult. 18 de Dez. de 2012]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.

COSTA, Maria Arminda Mendes - Questões Demográficas: Repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In COSTA, Maria Arminda Mendes, [et al.]. *O Idoso-Problemas e Realidades*. Coimbra: Formasau, 1999, p. 10.

CRAIG, J.; SMYTH, R. - *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência, 2004.

CUNHA, Sofia - *Planear e Inovar: Contributo para o planeamento de recursos com base nas necessidades autoavaliadas da população com 65 e mais anos*. Lisboa: ENSP/UNL, 2010.

DECRETO-LEI. n.º 28/2008 - *Diário da República I Série*. n.º 38 (22-02-2008), p. 1182-1289.

DECRETO-LEI. n.º 101/2006 - *Diário da República I Série*. n.º 109 (06-06-2006), p. 3856 - 3865.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas. Circular Normativa Nº 13, [Em linha]. Lisboa: DGS, 2004. [Consult. 09 de Jan. de 2013]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas.[Em linha]. Lisboa: DGS, 2006. [Consult. 09 de Jan. de 2013]. Disponível em: [www.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Fprograma-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx&ei=ULw0U6SoBY7g7QbdLYH4Bg&usg=AFQjCNEOqAxjhv0ZFfn8zQj26qhL0qzxRw&sig2=r0HQPMHS4pEXkMnYOg6OA&bvm=bv.63808443,d.ZGU&cad=rja](http://www.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Fprograma-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx&ei=ULw0U6SoBY7g7QbdLYH4Bg&usg=AFQjCNEOqAxjhv0ZFfn8zQj26qhL0qzxRw&sig2=r0HQPMHS4pEXkMnYOg6OA&bvm=bv.63808443,d.ZGU&cad=rja).

DUQUE, Hernâni - *O doente dependente no autocuidado: estudo sobre a avaliação e ação profissional dos enfermeiros*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto: 2009. Tese de Mestrado.

FIGUEIREDO, Rita - *Pessoa em fim de vida no hospital: modelos de cuidados que emergem da documentação de enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. 2007. Tese de Mestrado.

FORTIN, Marie-Fabienne - *Fundamentos e etapas no processo de investigação*, Lisboa: Lusodidacta, 2009.

GOVERNO DE PORTUGAL - *Ano Europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações. Programa de Ação*. [Em linha]. 2012. [Consult. 18 de Jan. de 2013]. Disponível em: <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>

GRANDO, Victoria - A self-care deficit nursing theory practice model for advanced practice psychiatric/mental health nursing. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*. Vol. 13, n.º1 (Dezembro. 2005), p. 4-8.

IMAGINÁRIO, Cristina - *O idoso dependente em Contexto Familiar*. Coimbra: Formosau, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, IP - *A Situação Demográfica Recente em Portugal*. [Em linha]. n.º 48, Lisboa: Revista de Estudos Demográficos, 2010. [Consult. 18 de Jan. de 2013]. Disponível em:  
[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=90343389&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=90343389&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, IP - *Antecedentes, metodologia e conceitos. Censos 2001 : XIV Recenseamento Geral da População. IV Recenseamento Geral da Habitação*. [Em linha]. Lisboa: 2003 [Consult. 18 de Jan. de 2013]. Disponível em:  
[http://www.ine.pt/investigadores/DOCMET\\_5\\_6\\_Censos\\_2001.pdf](http://www.ine.pt/investigadores/DOCMET_5_6_Censos_2001.pdf).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, IP - *Censos 2001 - Resultados Definitivos*. [Em linha]. Lisboa: 2002 [Consult. 18 de Jan. de 2013]. Disponível em:  
[http://paginas.ispgaya.pt/~vmca/Documentos\\_links/censo2001.pdf](http://paginas.ispgaya.pt/~vmca/Documentos_links/censo2001.pdf).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, IP - *Censos 2011 - Resultados Definitivos*. [Em linha]. Lisboa: 2012 [Consult. 18 de Jan. de 2013]. Disponível em:  
[http://censos.ine.pt%2Fngt\\_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook\\_parentBoui%3D148313382%26att\\_display%3Dn%26att\\_download%3Dy&ei=g0o1U\\_rZNcuThge19ICoBA&usg=AFQjCNG2UWIY7C5OnzYDLfDTppWtEcqBEw](http://censos.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D148313382%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=g0o1U_rZNcuThge19ICoBA&usg=AFQjCNG2UWIY7C5OnzYDLfDTppWtEcqBEw).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, IP; INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE, I.P - *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. [Em linha]. Lisboa: 2009 [Consult. 18 de Jan. de 2013]. Disponível em:  
[http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epide miologia/INS\\_05\\_06.pdf](http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epide miologia/INS_05_06.pdf)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, IP - *Sistema de Metainformação. Núcleo familiar*. [Em linha]. 2010 [Consult. 12 de Jul. de 2013]. Disponível em:  
<http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/5961>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, IP - *Sistema de Metainformação. Família clássica*. [Em linha]. 2003 [Consult. 12 de Jul. de 2013]. Disponível em:  
<http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/1123>

KETELLE, J. ; ROEGIERS, X. - *Metodologia da recolha de dados*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

LEONARDO, Vera - *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: recursos utilizados pelos prestadores de cuidados*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto: 2011. Tese de Mestrado.

LOURO, Maria Clarisse - *Cuidados Continuados no domicílio*. Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto: 2009. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem. 2009. Tese de doutoramento.

LUSA - *Cuidados Continuados: Coordenadora defende dedução nos impostos dos gastos das famílias com dependentes*. Público On Line [Em linha]. [Consult. 08 de Dez. de 2010]. Disponível em: [http://www.publico.pt/Pol%C3%ADtica/cuidados-continuados-coordenadora-defende-deducacao-nos-impostos-dos-gastos-das-familias-com-dependentes\\_1432285](http://www.publico.pt/Pol%C3%ADtica/cuidados-continuados-coordenadora-defende-deducacao-nos-impostos-dos-gastos-das-familias-com-dependentes_1432285).

LWANGA, S.; LEMESHOW, S. - *Sample size determination in health studies: A Practical Manual*. Geneva: WHO, 1991.

MARTÍN, Martinez, [et al.] - Self-care deficit in patients aged 75 years and older, two months after hospital discharge. *Metas de Enfermeria*. Vol. 13, n.º7 (Setembro. 2010), p. 28-32.

MARTINS, Manuela. - *Uma crise accidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau, 2002.

MARTINS, Rebeca - *A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho de lisboa: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica: 2011. Tese de Mestrado.

MELEIS, A. [et al.] - Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advancing Nursing Science*. Vol. 23, n.º1 (September.2000), p.12-28.

MELEIS, Afaf - *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Plano Nacional de Saúde, 2012-2016. [Em Linha]. *Direção Geral da Saúde*. 2012 [Consult. 12 de Jan. de 2014]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/>.

NÓBREGA, M.; GARCIA, T. - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: instrumental tecnológico para a prática profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem REBE*. Vol. 62, n.º 5 (Set-Outubro.2009), p. 758-761.

NOGUEIRA, José - A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados. [Em linha]. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS). Gabinete de estratégia e de planeamento, Centro de Informação e Documentação. Lisboa. 2009. [Consult. 12 de Jan. de 2014]. Disponível em:

[http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo\\_dependencia.pdf](http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf).

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos, Lisboa, 2001.

OREM, Dorothea - Modelo de Orem. Conceptos de enfermaria en la practica: Masson, 1993.

OREM, Dorothea - Nursing Concepts of Practice. 5.ª Edição: Mosby, 1995.

PEREIRA, Elisabete - *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado relevância da definição dos cuidados prestados*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto: 2011. Tese de Mestrado.

PETRONILHO, Fernando - Preparação do regresso a casa. Coimbra: Formasau, 2007.

PETRONILHO, Fernando - A transição da família para o exercício do papel da cuidadora. Programa de doutoramento em Enfermagem, Revisão sistemática da literatura. Universidade de Lisboa, 2008.

PHANEUF, Margot - Planificação de cuidados: Um sistema integrado e personalizado. Coimbra: Edições Quarteto, 2001.

POLIT, D.; BECK, C. - Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de Enfermagem. 7ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORDATA, Base de Dados Portugal Contemporâneo. [Consult. 12 de Jul. de 2013]. Disponível em: [www.pordata.pt](http://www.pordata.pt)

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS - Programa do XVII Governo Constitucional. [Em Linha]. 2005-2009 [Consult. 12 de Jan. de 2014]. Disponível em: <http://www.unic.pt/images/stories/publicacoes/ProgramaGovernoXVII.pdf>.

RANGEL, Y.; HERNÁNDEZ, M.; GARCÍA, M. - Teaching the caregiver the art of caring: an educational care program with multiple trauma patient caregivers. *Investigación & Educación en Enfermería*. Vol. 28, n.º1 (Março.2010), p. 73-82.

REGULAMENTO n.º 125/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, II Série*. n.º 35 (18-02-2011) p. 8658-8659.

RIBEIRO, José Luís Pais - Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. 3ª edição. Porto: Livpsic Editora, 2010.

RIBEIRO, Olga. Famílias com dependentes no autocuidado: Um olhar sobre a pessoa dependente. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto: 2011. Tese de Mestrado.

RODRIGUES, Manuel Alves - Investigação Científica: Operacionalização de variáveis. *Referência*. Vol. 1 (Setembro.1998), p. 77-79.

ROPER, N.; LOGAN, W.; TIERNEY, A. - Modelo de Enfermagem. 5ª Edição, Editora McGraw- Hill de Portugal, 1995.

SEQUEIRA, Pedro - Educação para a Saúde à Família do doente com AVC. *Revista Investigação em Enfermagem. Sinais Vitais*. n.º 20, (Agosto. 2009), pp.15-25.

SEQUEIRA, Carlos - Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: quarteto, 2007.

SILVA, Rosa. A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do porto: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa: 2011. Tese de Mestrado

SU, Y.; SONGWATHANA, P.; NAKA, K. - Factor Related to Self-Care among Chinese Women with Mastectomy in Beijing. *Thai Journal of Nursing Research*. Vol. 10, n.º 4 (October - December. 2006), p.252-262.



TAYLOR, S. - Teoria do défice de autocuidado de enfermagem. In ALLIGOOD, M.; TOMEY, A. - Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. 5ª edição. Lisboa: Lusociência, 2004, p. 211 - 236.

THEUERKAUF, A. - Autocuidado e atividades da vida diária. In Hoeman, S.: Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo. Loures: Lusociência, 2000, p. 173 - 207.

THOBER, E., CREUTZBERG, M., Viegas, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliário [Em linha]. Vol. 58, n.º 4, *Revista Brasileira em Enfermagem*, 2005, [Consult. 08 de Jan. de 2013]. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a11v58n4.pdf>.

TOMEY, A.; ALLIGOOD, M. - Teóricas de Enfermagem e a sua obra. 5ª edição, Loures: Lusociência, 2003.

TUCKMAN, Bruce - Manual de Investigação em Educação. 2ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

UNIDADE DE MISSÃO DOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) [Em linha]. *Portal da Saúde*, 2009, [Consul. 14 de Abr. de 2010]. Disponível em:  
[http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/95B3177C-43A9-42D2-B8FE-3ECD2BEC393C/0/Relatorio\\_Anual\\_RNCCI\\_2009FINAL29032010A.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/95B3177C-43A9-42D2-B8FE-3ECD2BEC393C/0/Relatorio_Anual_RNCCI_2009FINAL29032010A.pdf).

VALENTE, S.; BARBOSA, S.; TEIXEIRA, M. - The aged patient home care: the use of self-care deficit theory in family health program. *Nursing*. Vol. 121, n.º 11 (Junho. 2008), p. 286-290.

ZELEZNIK, Danica - Selfcare of the home-dwelling elderly people living in Slovenia. [Em linha]. *Oulu university press*, Academic Dissertation, Faculty of Medicine of the University of Oulu, 2007. [Consul. 16 de Out. de 2013]. Disponível em:  
<http://herkules oulu.fi/isbn9789514286377/isbn9789514286377.pdf>.



## **ANEXOS**



**ANEXO I: Formulário “Famílias que integram dependentes no  
Autocuidado”**





CODIFICAÇÃO:

--	--	--	--	--	--

## FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

### PARTE I - INQUÉRITO PRELIMINAR / CARACTERIZAÇÃO

#### INQUÉRITO PRELIMINAR

Aceita responder ao inquérito preliminar? ☐ Sim ☐ Não

Se não, porque:

☐ Não quer ☐ Não reside ☐ Não pode ☐ Não tem tempo ☐ Outro

Vive alguém que precise de ajuda - não esperada para a idade - de outras pessoas para o autocuidado (tomar banho, andar, comer, vestir)?

☐ Sim ☐ Não

Vive alguém que precise de ajuda/apoio de algum tipo de equipamento para o autocuidado (bengala, barras de apoio)?

☐ Sim ☐ Não

Tem algum familiar directo internado num lar ou noutra instituição de saúde?

☐ Sim ☐ NãoAceita responder ao inquérito? ☐ Sim ☐ Não

Se não, porque:

☐ Não quer ☐ Não reside ☐ Não pode ☐ Não tem tempo ☐ Outro

#### ALOJAMENTO

Edifício de alojamento familiar

- ☐ Clássico: moradia  
☐ Clássico: apartamento  
☐ Clássico: outro tipo  
☐ Não clássico (barraca, móvel, improvisado)

Necessidade de reparações (estrutura, cobertura, paredes, caixilharia)

- ☐ Muito grandes ☐ Grandes ☐ Médias ☐ Pequenas ☐ Nenhumas

Edifício com acessibilidade a PMC? ☐ Sim ☐ NãoÁrea útil    m<sup>2</sup>N.º divisões  N.º ocupantes  

Alojamento com:

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sim                   | Não                   | Sim                   | Não                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- Retrete  
Instalação de banho ou duche  
Água canalizada  
Aquecimento

#### FAMÍLIA

Tipo de família

- ☐ Clássica sem núcleos  
☐ Clássica com um núcleo  
☐ Clássica com dois núcleos  
☐ Clássica com três núcleos

Rendimentos do agregado / mês

- ☐ Até 250 euros  
☐ De 251 a 500 euros  
☐ De 501 a 1000 euros  
☐ De 1000 a 2000 euros  
☐ De 2001 a 5000 euros  
☐ Mais de 5000 euros

Número de membros da família

**PRESTADOR DE CUIDADOS / PARENTE DE DEPENDENTE INSTITUCIONALIZADO****Perfil 1**

☐ Prestador de cuidados ☐ Parente dependente institucionalizado ☐ Prestador de cuidados e Parente dependente institucionalizado

**Coabita com o dependente?** ☐ Sim ☐ Não

**Sexo**

☐ M ☐ F

Idade
-------

**Estado civil**

- ☐ Casado/ União de facto  
☐ Solteiro  
☐ Viúvo  
☐ Divorciado

**Nacionalidade**

- ☐ Portuguesa  
☐ Não portuguesa (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Nível de escolaridade**

- ☐ Nenhum  
☐ Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)  
☐ Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)  
☐ Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)  
☐ Ensino secundário (11 ou 12 anos)  
☐ Ensino superior

**Parentesco**

- ☐ Marido / Esposa  
☐ Pai/Mãe  
☐ Filho/Filha  
☐ Irmão/Irmã  
☐ Afinidade (nora; padrastrô; cunhado)  
☐ Sem grau de parentesco  
☐ Outra

**Profissão**

- ☐ Membros das forças armadas  
☐ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa  
☐ Especialistas das profissões intelectuais e científicas  
☐ Técnicos e profissionais de nível intermédio  
☐ Pessoal administrativo e similares  
☐ Pessoal dos serviços e vendedores  
☐ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas  
☐ Operários, artífices e trabalhadores similares  
☐ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem  
☐ Trabalhadores não qualificados  
☐ Doméstico  
☐ Desempregado  
☐ Pensionista / Reformado  
☐ Estudante  
☐ Outra

**Perfil 2**

☐ Prestador de cuidados ☐ Parente dependente institucionalizado ☐ Prestador de cuidados e Parente dependente institucionalizado

**Coabita com o dependente?** ☐ Sim ☐ Não

**Sexo**

☐ M ☐ F

Idade
-------

**Estado civil**

- ☐ Casado/ União de facto  
☐ Solteiro  
☐ Viúvo  
☐ Divorciado

**Nacionalidade**

- ☐ Portuguesa  
☐ Não portuguesa (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Nível de escolaridade**

- ☐ Nenhum  
☐ Ensino básico - 1.º ciclo  
☐ Ensino básico - 2.º ciclo  
☐ Ensino básico - 3.º ciclo  
☐ Ensino secundário  
☐ Ensino superior

**Parentesco**

- ☐ Marido / Esposa  
☐ Pai/Mãe  
☐ Filho/Filha  
☐ Irmão/Irmã  
☐ Afinidade (nora; padrastrô; cunhado)  
☐ Sem grau de parentesco  
☐ Outra

**Profissão**

- ☐ Membros das forças armadas  
☐ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa  
☐ Especialistas das profissões intelectuais e científicas  
☐ Técnicos e profissionais de nível intermédio  
☐ Pessoal administrativo e similares  
☐ Pessoal dos serviços e vendedores  
☐ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas  
☐ Operários, artífices e trabalhadores similares  
☐ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem  
☐ Trabalhadores não qualificados  
☐ Doméstico  
☐ Desempregado  
☐ Pensionista / Reformado  
☐ Estudante  
☐ Outra



CODIFICAÇÃO:

## FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

### PARTE II - FORMULÁRIO PCD

#### PESSOA DEPENDENTE

**Sexo**  
☐ M  
☐ F

**Idade**

**Estado civil**  
☐ Casado/ União de facto  
☐ Solteiro  
☐ Viúvo  
☐ Divorciado

**Nacionalidade**  
☐ Portuguesa  
☐ Não portuguesa (especificar)

**Nível de escolaridade**  
☐ Nenhum  
☐ Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)  
☐ Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)  
☐ Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)  
☐ Ensino secundário (11 ou 12 anos)  
☐ Ensino superior

**Profissão**  
☐ Membros das forças armadas  
☐ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa  
☐ Especialistas das profissões intelectuais e científicas  
☐ Técnicos e profissionais de nível intermédio  
☐ Pessoal administrativo e similares  
☐ Pessoal dos serviços e vendedores  
☐ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas  
☐ Operários, artífices e trabalhadores similares  
☐ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem  
☐ Trabalhadores não qualificados  
☐ Doméstico  
☐ Desempregado  
☐ Pensionista / Reformado  
☐ Estudante  
☐ Outra

**Situação que originou a dependência**  
 Sim Não  
☐ ☐ Envelhecimento  
☐ ☐ Acidente  
☐ ☐ Doença aguda  
☐ ☐ Doença crónica  
☐ ☐ Outra

**Instalação da dependência**  
☐ Súbita  
☐ Gradual

**Tempo de dependência**  
 Anos  Meses

**Consumo medicamentos**  
☐ Não  
☐ Sim

**Variedades de fármacos (n.º)**

**Número de fármacos nas tomas/dia**

**Internamentos no último ano**  
☐ Nenhum  
☐ Um  
☐ Dois  
☐ Três  
☐ Mais de três (especificar)

**Episódios de recursos ao SU, no último ano**  
☐ Nenhuma  
☐ Uma  
☐ Duas  
☐ Três  
☐ Mais de três (especificar)

#### AUTOCUIDADO: Tomar banho

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Obtém objectos para o banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consegue água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre a torneira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regula a temperatura da água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regula o fluxo da água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava-se no chuveiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seca o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55527

2 / 18

Com que frequência dá banho ao seu familiar?   vezes / semana

Com que frequência lava as mãos e a cara ao seu familiar?   vezes / dia

Com que frequência lava o cabelo ao seu familiar?   vezes / semana

Normalmente, em que local dá banho ao seu familiar?

- ☐ Na cama  
☐ No chuveiro/banheira  
☐ Noutro local

Quem decide a frequência/local do banho?

- ☐ O dependente  
☐ O prestador de cuidados  
☐ O enfermeiro  
☐ Outro

Incentiva o seu familiar a lavar as zonas do corpo de que é capaz?

- ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

#### Assento suspenso para banheira

Necessário (juízo do enfermeiro)

- ☐ S ☐ N

Utilizado

- ☐ S ☐ N

Desejado

- ☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

#### Barras de apoio para banho

Necessário (juízo do enfermeiro)

- ☐ S ☐ N

Utilizado

- ☐ S ☐ N

Desejado

- ☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

#### Cadeira de banho (fixa/ giratória)

Necessário (juízo do enfermeiro)

- ☐ S ☐ N

Utilizado

- ☐ S ☐ N

Desejado

- ☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

#### Cadeira higiénica

Necessário (juízo do enfermeiro)

- ☐ S ☐ N

Utilizado

- ☐ S ☐ N

Desejado

- ☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

#### Elevador de banheira

Necessário (juízo do enfermeiro)

- ☐ S ☐ N

Utilizado

- ☐ S ☐ N

Desejado

- ☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

#### Lava cabeças para acamados

Necessário (juízo do enfermeiro)

- ☐ S ☐ N

Utilizado

- ☐ S ☐ N

Desejado

- ☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

#### Antiderrapante

Necessário (juízo do enfermeiro)

- ☐ S ☐ N

Utilizado

- ☐ S ☐ N

Desejado

- ☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

CITQ0046Pv1



Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações para tomar banho		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar banho ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pentear o cabelo ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavar os dentes ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cortar as unhas ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barbear o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Escolhe as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retira as roupas da gaveta e do armário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segura as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste as roupas na parte superior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despe as roupas na parte superior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despe as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abotoa as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desabotoa as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa cordões para amarrar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa fechos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descalça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça os sapatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descalça os sapatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quem escolhe a roupa que o seu familiar vai vestir?

☐ Dependente ☐ Prestador de cuidados ☐ Outro



55527

4 / 18

	Nunca	Às vezes	Sempre
Incentiva o seu familiar a vestir-se e calçar-se sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste/despe a roupa da parte superior do corpo ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste/despe a roupa da parte inferior do corpo ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abotoa/desabotoa a roupa ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça/descalça o seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procede a ajustes no vestuário do seu familiar em função de alterações da temperatura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste roupa adequada à condição antropométrica/dependência do seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Abotoador**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N
☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro
**Calça meias/tira meias**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N
☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro
**Calçadeira de cabo longo**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N
☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro
**Cordões elásticos**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N
☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro
**Extensões para fechos de correr**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N
☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Para:

Sente-se:

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber se a roupa / calçado do seu familiar estão adequados à temp. ambiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a roupa e o calçado do seu familiar estão adequados ao seu tamanho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher o vestuário do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o vestuário do seu familiar, relativamente àquilo que é habitual (p.ex em função da temperatura ambiente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vestir e calçar o seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respectivo vestuário e o calçado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CITO0046Pv1

**AUTO-CUIDADO: Arranjar-se**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Penteia ou escova os cabelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barbeia-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica maquilhagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuida das unhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa um espelho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica o desodorizante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa a área do períneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa as orelhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém o nariz desobstruído e limpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém a higiene oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência arranja as unhas ao seu familiar?   vezes / mêsCom que frequência penteia o cabelo ao seu familiar?   vezes / diaCom que frequência corta/apara a barba ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência aplica maquilhagem ao seu familiar?   vezes / mêsCom que frequência aplica cremes hidratantes ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência aplica desodorizantes/perfumes ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência limpa os ouvidos ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência lava os dentes ao seu familiar?   vezes / dia**Pente de cabo longo****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Espelho inclinável****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**AUTO-CUIDADO: Alimentar-se**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Prepara os alimentos para ingestão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre recipientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utiliza utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloca o alimento nos utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pega no copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca com recipiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca com os utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebe por copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloca os alimentos na boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conclui uma refeição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quantas refeições fornece ao seu familiar?   vezes / dia

Quem decide a frequência/composição/local das refeições?

- ☐ O dependente  
☐ O prestador de cuidados  
☐ O enfermeiro  
☐ Serviço de refeições ao domicílio  
☐ Outro

Normalmente, em que local o seu familiar faz as refeições?

- ☐ Na cama  
☐ Na sala de jantar/cozinha  
☐ Outro

Incentiva o seu familiar a comer sozinho? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ NuncaDá os alimentos à boca ao seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca**Abridor de frascos**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**Adaptador de talheres**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**Babete**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**Copo adaptado**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**Garfo flexível**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**Mesa de comer na cama**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Rebordo para prato**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Suporte de copos**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Suporte de palhinha para copo**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Para:

Sente-se:

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais de desnutrição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para as refeições do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais de desidratação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a pessoa ingere de forma segura alimentos ou líquidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar de comer / beber ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posicionar o seu familiar para as refeições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a comer/beber sozinho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**AUTO-CUIDADO: Uso do sanitário**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Ocupa e desocupa o sanitário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tira as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergue-se da sanita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajusta as roupas após a higiene íntima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Normalmente, em que local o seu familiar evacua?

☐ Fralda ☐ Arrastadeira ☐ Sanita ☐ Outro

Normalmente, em que local o seu familiar urina?

☐ Fralda ☐ Arrastadeira ☐ Sanita ☐ Outro

Quem decide onde o seu familiar vai urinar / evacuar?

☐ Dependente ☐ Prestador de cuidados ☐ OutroLava os genitais ao seu familiar depois das micções/dejeções? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ NuncaPosiciona o seu familiar no sanitário? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ NuncaIncentiva o seu familiar a utilizar o sanitário? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca**Alteador de sanita**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Arrastadeira**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Barra de apoio de sanitário**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Cadeira sanitária**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Cueca impermeável**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Colector urinário**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro





**Fralda**

Necessário (juízo do enfermeiro) ☐ S ☐ N Utilizado ☐ S ☐ N Desejado ☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

---

**Penso absorvente para incontinência**

Necessário (juízo do enfermeiro) ☐ S ☐ N Utilizado ☐ S ☐ N Desejado ☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

---

**Penso higiénico**

Necessário (juízo do enfermeiro) ☐ S ☐ N Utilizado ☐ S ☐ N Desejado ☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

---

**Resguardo**

Necessário (juízo do enfermeiro) ☐ S ☐ N Utilizado ☐ S ☐ N Desejado ☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

---

**Saco de colostomia/ileostomia/urina**

Necessário (juízo do enfermeiro) ☐ S ☐ N Utilizado ☐ S ☐ N Desejado ☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

---

**Urino!**

Necessário (juízo do enfermeiro) ☐ S ☐ N Utilizado ☐ S ☐ N Desejado ☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade da pessoa urinar/evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar se a pele da região perineal se encontra limpa e seca		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário e o local estabelecidos para o seu familiar urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/ evacuar, relativamente àquilo que é habitual		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trocar a fralda ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trocar o colector urinário ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar a arrastadeira/urinol ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavar a região perineal ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar o seu familiar na sanita		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



55527

10 / 18

**AUTO-CUIDADO: Elevar-se****Levantar parte do corpo**

☐ Dependente não participa ☐ Necessita de ajuda de pessoa ☐ Necessita de equipamento ☐ Completamente independente

Com que frequência senta o seu familiar?   vezes / dia

Incentiva o seu familiar a levantar-se (por de pé)? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Incentiva o seu familiar a sentar-se? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Com que frequência levanta (por de pé) o seu familiar?   vezes / dia

**Almofada elevatória****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização**

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**Apoio de cabeça anatómico****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização**

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**Apoio de pés****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização**

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**Barras paralelas e apoios da posição de pé****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização**

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**AUTO-CUIDADO: Virar-se****Mover o corpo, virando-o de um lado para o outro**

☐ Dependente não participa ☐ Necessita de ajuda de pessoa ☐ Necessita de equipamento ☐ Completamente independente

Com que frequência posiciona o seu familiar na cama/cadeira?   vezes / dia

**Quem decide o horário da mudança de posição e a posição a adoptar?**

- ☐ O dependente  
☐ O prestador de cuidados  
☐ O enfermeiro  
☐ Outro

Incentiva o seu familiar a posicionar-se? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Nas mudanças de posição adopta os decúbitos laterais? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca



<b><u>Grades de apoio / segurança</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<b>Razão da não utilização</b>			
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
<hr/>			
<b><u>Colchão anti-úlceras de pressão</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<b>Razão da não utilização</b>			
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
<hr/>			
<b><u>Cotoveleira</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<b>Razão da não utilização</b>			
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
<hr/>			
<b><u>Coxim</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<b>Razão da não utilização</b>			
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
<hr/>			
<b><u>Transfer de cama (dispositivo para posicionar)</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<b>Razão da não utilização</b>			
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
<hr/>			
<b><u>Imobilizador abdominal</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<b>Razão da não utilização</b>			
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
<hr/>			
<b><u>Luva de imobilização</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<b>Razão da não utilização</b>			
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
<hr/>			
<b><u>Posicionador de perna e pés</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<b>Razão da não utilização</b>			
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
<hr/>			
<b><u>Suporte para as costas</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<b>Razão da não utilização</b>			
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
<hr/>			
<b><u>Dispositivo de prevenção de pé equino</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<b>Razão da não utilização</b>			
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro



55527

12 / 18

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Detectar sinais precoces úlcera de pressão (rubor não branqueável sobre as proeminências ósseas)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais precoces de rigidez articular		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir os posicionamentos adequados/inadequados		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o(s) horário(s) e os tipo(s) de posicionamento estabelecidos para o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posicionar o seu familiar (para prevenir UP)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Executar exercícios articulares ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massajar os pontos de pressão ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentar o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a posicionar-se		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**AUTOCAUIDADO: Transferir-se****Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão**

☐ Dependente não participa ☐ Necessita de ajuda de pessoa ☐ Necessita de equipamento ☐ Completamente independente

**Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama**

☐ Dependente não participa ☐ Necessita de ajuda de pessoa ☐ Necessita de equipamento ☐ Completamente independente

Com que frequência transfere o seu familiar da cama para a cadeira/ cadeirão?  vezes / dia

**Quem decide transferir o seu familiar da cama para a cadeira/ cadeirão?**

☐ O dependente ☐ O prestador de cuidados ☐ O enfermeiro ☐ Outro

Incentiva o seu familiar a participar na transferência da cama para a cadeira/ cadeirão? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

**Barra de apoio**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

**Razão da não utilização**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**Cabeceira e pés da cama amovíveis**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

**Razão da não utilização**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**Cama articulada**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

**Razão da não utilização**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**Elevador de transferência**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

**Razão da não utilização**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

CITO0046Pv1

**Transfer leito-cadeira**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Disco de rotação**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Para:

Sente-se:

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transferir o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e a duração da transferência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a transferir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência movimenta o seu familiar na cadeira de rodas?  vezes / diaCom que frequência leva o seu familiar a passear/sair de casa, na cadeira de rodas?  vezes / mês

Quem decide a utilização da cadeira de rodas?

☐ O dependente ☐ O prestador de cuidados ☐ O enfermeiro ☐ OutroIncentiva o seu familiar a utilizar sozinho a cadeira de rodas? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca**Rampa**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Rodas anti-queda**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Plataforma vertical para cadeiras de rodas**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro



55527

14 / 18

**AUTOCAUIDADO: Andar**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Suporta o próprio corpo na posição de pé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobe e desce degraus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deambula em aclives e declives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre distâncias curtas (<100m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre distâncias moderadas (>100m<500m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre longas distâncias (>500m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência assiste o seu familiar na deambulação?  vezes / diaIncentiva o seu familiar a deambular sozinho? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Quem decide os períodos / locais de deambulação?

☐ O dependente ☐ O prestador de cuidados ☐ O enfermeiro ☐ Outro**Andarilho**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Bengala**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Canadiana(s)**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Prótese**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Para:

Sente-se:

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber as dificuldades do seu familiar na deambulação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para o seu familiar deambular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistir o seu familiar a andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CITQ0046Pv1

**AUTOUIDADO: Tomar medicação**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Providencia medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prepara a medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toma a medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Procede a ajustes (de acordo com indicação médica) de horário/dose de algum medicamento? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Costuma esquecer-se da dose/administração de algum medicamento? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Costuma proceder a alteração (à revelia da indicação médica) do horário/dose da medicação? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Incentiva o seu familiar a preparar/tomar sozinho os medicamentos? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

**Aparelho para tensão arterial****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**Aspirador de secreções****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**Caixa de comprimidos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**Caneta de insulina****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**Corta comprimidos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**Máquina de pesquisas de glicemia capilar****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**Nebulizador****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**Oxigenoterapia****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**Termómetro (para registo de temperatura)****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**Triturador de comprimidos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro



Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Supervisar as tomas de medicação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar efeitos secundários da medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação / efeito secundário da medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administrar a medicação ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre horário, dose e utilização de medicação em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a preparar e a tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### CUIDADOS COMPLEMENTARES

Respeita a dieta aconselhada ao seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Quem decide a dieta do seu familiar?

☐ O dependente ☐ O prestador de cuidados ☐ O enfermeiro ☐ Outro

Procede a ajustes na dieta em função das preferências? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Costuma proceder a alteração na dieta em função da condição nutricional do seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Com que frequência dá água (líquidos) fora das refeições, ao seu familiar?  vezes / dia

Incentiva o seu familiar a beber água (líquidos) fora das refeições ao seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Costuma incluir na dieta do seu familiar frutas/legumes? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Costuma utilizar espessantes/gelatinas quando o seu familiar tem dificuldade em deglutir? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Leva o seu familiar ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que não tenha vontade de evacuar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Costuma fazer a pesquisa de fecalomas? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Com que frequência inspecciona a pele do perineo do seu familiar?  vezes / dia

Com que frequência inspecciona as zonas de proeminências ósseas do seu familiar?  vezes / dia

Com que frequência massaja a pele das proeminências ósseas do seu familiar?  vezes / dia

Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do seu familiar?  vezes / dia

Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do seu familiar?  vezes / dia

Com que frequência desenvolve actividades estimulantes da memória com o seu familiar?  vezes / semana

Costuma utilizar equipamentos de prevenção de quedas (grades, tapetes antiderrapantes,...)? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Incentiva o seu familiar a tossir quando se apercebe que ele tem secreções? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Costuma aspirar as secreções quando o seu familiar não as consegue eliminar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Costuma solicitar a intervenção de um profissional da saúde quando o estado de saúde do seu familiar se altera?

☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca





## RECURSOS COMPLEMENTARES

<b>Dispositivo de chamada</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<b>Razão da não utilização</b>			
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<b>Material de instrução e aprendizagem</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<b>Razão da não utilização</b>			
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<b>Prótese auditiva</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<b>Razão da não utilização</b>			
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<b>Telefone / telemóvel</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<b>Razão da não utilização</b>			
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<b>Pinça para alcançar objectos</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<b>Razão da não utilização</b>			
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<b>Suporte para cartas</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<b>Razão da não utilização</b>			
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<b>Enfia agulhas</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<b>Razão da não utilização</b>			
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<b>Outro 1 (especificar)</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<input type="text"/>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<b>Razão da não utilização</b>			
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<b>Outro 2 (especificar)</b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<input type="text"/>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<b>Razão da não utilização</b>			
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			



	Sim	Não		Sim	Não					
<b>Assistente Social</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Médico</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Recursos não profissionais</b>				
<b>Enfermeiro</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Nutricionista</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Vizinho	<input type="radio"/> Amigo	<input type="radio"/> Empregada	<input type="radio"/> Outro
<b>Fisioterapeuta</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Psicólogo</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<b>Outro</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								

Sim Não

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acompanhamento do dependente em casa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cuidados de higiene e conforto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cabeleireiro, manicure e esteticista
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio no tratamento da roupa do dependente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Confeção de refeições e apoio durante as mesmas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio na compra de medicamentos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio na compra de artigos alimentares
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acompanhamento do dependente ao exterior (consultas, saídas ocasionais)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acompanhamento em actividades lúdicas e recreativas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hospital
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tele-assistência
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	112 INEM
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Linha Saúde 24

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento do trabalho
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimentos da propriedade e da empresa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Subsídio de desemprego
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Subsídio temporário por acidente de trab. ou dça profissional
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outros subsídios temporários
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento social de inserção
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pensão / Reforma
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A cargo da família
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio social
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Programa conforto habitacional para idosos (PCHI)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento solidário para idosos (RSI)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Complemento de dependência
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Esmolas / donativos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outra situação

Sim Não

☐ ☐ Sinais aparentes de desidratação

☐ ☐ Olhos encovados

☐ ☐ Pele seca

☐ ☐ Mucosas secas

☐ ☐ Sinais aparentes de desnutrição

☐ ☐ Magreza excessiva?

☐ ☐ Obesidade mórbida?

IMC

Que peso perdeu nos últimos três meses?   Kg

☐ ☐ Comprometimento da amplitude articular

☐ ☐ Articulação Cotovelo Dto

☐ ☐ Articulação Cotovelo Edo

☐ ☐ Articulação punho Dto

☐ ☐ Articulação punho Edo

☐ ☐ Articulação anca Dto

☐ ☐ Articulação anca Edo

☐ ☐ Articulação joelho Dto

☐ ☐ Articulação joelho Edo

☐ ☐ Articulação tornozelo Dto (pé equino)

☐ ☐ Articulação tornozelo Edo (pé equino)

☐ ☐ Pele comprometida

Número de úlceras de pressão

Localização úlceras

☐ ☐ Região sagrada

☐ ☐ Trocanter

☐ ☐ Maléolo

☐ ☐ Calcaneos

☐ ☐ Outra

☐ ☐ Feridas não tratadas / não cuidadas

☐ ☐ Eritema da fralda

N.º de dejectões   vezes / semana

N.º de quedas no último mês	
-----------------------------	--

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sabe em que mês está?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sabe em que terra vive?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Repete três palavras (Pêra, Gato e Bola)?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Faz cálculos simples
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Identifica objectos comuns (relógio)

☐ Dependente. Incontinente ou precisa que lhe façam um enema regularmente.

☐ Precisa de ajuda para colocar um supositório, fazer enema ou tem problemas ocasionais (máximo uma vez/semana).

☐ Consegue controlar os intestinos.

☐ Incontinente ou algiado e incapacitado para gerir sozinho.

☐ Tem problemas ocasionais (máximo uma vez/24 horas), ou não consegue utilizar a sanita ou urinol em tempo útil.

☐ Contínente ou algiado mas com capacidade para gerir a alglia sozinho e permanecer seco dia e noite.